Technical Assistance Center

Приложение 2
к Правилам осуществления сервисного обслуживания
медицинской техники в Республике Казахстан
Форма

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора 336/00 от 08.12.18 «10» декабря 2018 г.

Код инженера:	Порядин С	Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время
				10⁰⁰	15⁰⁰	5ч

Организация здравоохранения:	ГКП на ПХВ „ЦП и ДКХ"	Город:	Алматы
Отделение:	РЭД и Л	Адрес:	Басенова 2

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☐ *Стороннее* ☐		
Artis Zee Floor VC 21C	154497	2013

Выполненные работы

Диагностика	Ремонт	Модернизация	ПТО*	Демонтаж	Обучение
☐	☑	☐	☐	☐	☐

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Количество	Общая стоимость (тенге)
Плата СОВР (первичной обработки)	шт	1	—
Процессор ЦСРИ			

Типы неисправностей

Ошибка программы	Техническая неисправность	Механическая неисправность
☐	☑	☐

Виды ремонта

Гарантийный ремонт	Негарантийный ремонт
☐	☐

Комментарии/техническое заключение: Выполнены работы по ремонту ангиографической системы Artis Zee Biplane. Произведена замена платы в блоке визуализации и процессора ЦСРИ в блоке первичной обработки сигналов, выполнена перепрошивка системы VC 21 C (N161028) программного обеспечения. Оборудование проверено на работоспособность и передано заказчику. Работы по восстановлению выполнены в полном объеме.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: зав. отд. РЭД и Л Мусинисова Б.В. (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) **Дата:** «__»_____201_ г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:** Порядин С (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг) **Дата:** «__»_____201_ г. **Подпись**_____
Медицинскую технику сдал: Порядин С (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг) **Дата:** «__»_____201_ г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:** зав. отд. РЭД и Л Мусинисова Б.В. (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) **Дата:** «__»_____201_ г. **Подпись**_____

Представитель организации здравоохранения:

(должность) (Ф.И.О. (при его наличии))

М.П. «__»_____201_ г.

Представитель поставщика услуг

(Должность) (Ф.И.О. (при его наличии))

М.П. «__»_____201_ г.