ДЕЛЬРУС

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

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора 180095/00 от 26.03.2018 г. «24» декабря 2018 г.

Код инженера:		Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время

Организация здравоохранения: ГКП на ПХВ "Городская поликлиника N5" 43	Город: Алматы
Отделение: Городской Гепатологический центр г. Алматы	Адрес: ул. Макпалова, 141

Медицинская техника:

Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☑ *Стороннее* ☐

	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Аппарат Fibroscan 502	F01475	16.09.2013г

Выполненные работы

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

Провел диагностику аппарата. Проверил в логах наличие ошибок в процессе работы. Провел работу по проверке всех модулей аппарата. Провел измерение питающих напряжений. Проверил соединение кабелей и клемм между блоками. Чистка от пыли блока питания. Провел резервное копирование результатов исследований на внешние носители информации. Датчики M+ ручное и XL+ ручное требуют калибровки в условиях сервисного центра в г. Астана. Определил, что дата изменилась на 2003 год. Провел замену Li батареи BR 2032 на новую. После этого датчики не требуют калибровки. Аппарат введен в эксплуатацию.

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Количество	Общая стоимость (тенге)
CR 2032 Li-батарея	шт	1	—

Типы неисправностей

Ошибка программы	Техническая неисправность	Механическая неисправность
☐	☐	☐

Виды ремонта

Гарантийный ремонт	Негарантийный ремонт
☐	☐

Комментарии/техническое заключение: Аппарат Fibroscan 502 s/n: F01475 неправен, все модули работают хорошо. Замечаний нет.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал:_____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) **Дата:** «___»_____201_ г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:**_____ (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг) **Дата:** «___»_____201_ г. **Подпись**_____
Медицинскую технику сдал:_____ (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг **Дата:** «___»_____201_ г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:**_____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) **Дата:** «___»_____201_ г. **Подпись**_____

Представитель организации здравоохранения:	**Представитель поставщика услуг**
(должность) (Ф.И.О. (при его наличии))	инженер Сатыбаев С.К. (должность) (Ф.И.О. (при его наличии))
_____ «___» _____201_ г.	Сатыбаев «24» декабря 2018 г.
М.П.	М.П.

"Дельрус РК" Товарищество с ограниченной ответственностью 3 Город Астана Республика Казахстан