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

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора N 480 **от** 13.06.2019 «13» сентября **201__ г.**

Код инженера:	Поморцев С. Кобылов И	Номер и дата подачи заявки		**Время прибытия**	**Время убытия**	**Затраченное время**
				9⁰⁰	12⁰⁰	3 часа

Организация здравоохранения: ОО „ЗРМЦ им. Нарата Аскенова"	Город: Актобе
Отделение:	Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☐ *Стороннее* ☐		
ALION Alpha dPC / ALION Sensis	35537	2008

Выполненные работы

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

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Количество	Общая стоимость (тенге)
NO-ho	шт	1	—
G PEASE HP2	шт	1	—

Типы неисправностей

Ошибка программы	Техническая неисправность	Механическая неисправность
☐	☐	☐

Виды ремонта

Гарантийный ремонт	Негарантийный ремонт
☐	☐

Комментарии/техническое заключение: Выполнена ремонтная работа на аппарате ультразвуковой диагностики. Выполнен анализ блока сигналов, обнаружено: повышенное напряжение на выходе блока (нестабильность напряжения) и перегрев элементов. Произведена замена элементов, ремонтных работ и доработка. Произведена общая чистка, восстановлена работоспособность. Замерены и выполнены тесты сервисной документации.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) **Дата:** «__»_____201_ г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:** Кобылов И (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг) **Дата:** «13» сентября 2019 г. **Подпись**_____
Медицинскую технику сдал: Кобылов И (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг) **Дата:** «13» сентября 2019 г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:** (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.

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

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора №480 от 13.06.2019 «13» сентября 2019 г.

Код инженера:	Порфирьев С.	Номер и дата подачи заявки		Время прибытия	Время убытия	Затраченное время
				12:00	16:00	4 часа

Организация здравоохранения: НАО «ЗКМЦ им. Марата Оспанова» Город: Актобе
Отделение: Адрес:

Медицинская техника:	Серийный номер:	Дата монтажа медицинской техники:
Гарантийное ☐ *Пост-гарантийное* ☐ *Стороннее* ☐		
Artis 200 Floor / Zeego		2013

Выполненные работы

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

Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:

Наименование материала	Единица измерения	Количество	Общая стоимость (тенге)
ND-40	шт	1	—
GREASE-HP2	шт	1	—

Типы неисправностей

Ошибка программы	Техническая неисправность	Механическая неисправность
☐	☐	☐

Виды ремонта

Гарантийный ремонт	Негарантийный ремонт
☐	☐

Комментарии/техническое заключение: Выполнены профилактические работы на системе ангиографии и геновизионной. Выполнены анализы бортового журнала, блокировок, проверка параметров, потребляемых электрических токов, проверка состояния коллиматора (диафрагмы), выполнено подтяжка, обезжиривание и контроль крепежных соединений. Произведен контроль фильтров, бесперебойного кабеля, заменены дефектующие детали. Оборудование передано заказчику.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал: (Ф.И.О. (при его наличии) представителя организации здравоохранения) **Дата:** «__»_____201_ г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:** Порфирьев С. (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг) **Дата:** «13» сентября 2019 г. **Подпись**_____
Медицинскую технику сдал: Порфирьев С. (Ф.И.О. (при его наличии) представителя поставщика услуг) **Дата:** «13» сентября 2019 г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:** (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. «13» сентября 2019 г.