SIEMENS Healthineers

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

# АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

1821/1

№ договора_____от_____ «8» 10 2019 г.

| Код инженера | Букак | Номер и дата подачи заявки | 2000000 78241 | Время прибытия | Время убытия | Затраченное время |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 16:30 | 19:00 | в.р. 2,5ч. в.п. 1,0ч |

Организация здравоохранения: Областной кардиоцентр
Город: Павлодар
Отделение:
Адрес: ул. Тлачева 10/3

| Медицинская техника | Серийный номер | Дата монтажа медицинской техники |
|---|---|---|
| Гарантийное ☐ Пост-гарантийное ☐ Стороннее ☐ | | |
| ARTIS ZEE FLOOR | 135901 | |

**Выполненные работы**

| Диагностика | Ремонт | Модернизация | ПТО | Демонтаж | Обучение |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☑ | ☐ | ☐ |

**Затраченные материалы при ремонте медицинской техники**

| Наименование материала | Единица измерения | Количество | Общая стоимость (тенге) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Типы неисправностей**

| Ошибка программы | Техническая неисправность | Механическая неисправность |
|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ |

**Виды ремонта**

| Гарантийный ремонт | Негарантийный ремонт |
|---|---|
| ☐ | ☐ |

**Комментарии / техническое заключение:** Выполнено плановое техническое обслуживание. Проведена чистка и смазка движущихся частей, контроль уровней охлаждающих жидкостей, очистка блоков IPS и IAS от пыли. Аппарат ограниченно годен к эксплуатации т.к. выявлен дефект малого фокуса рентгеновской трубки.

**Прием-передача медицинской техники**

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

| | |
|---|---|
| **Медицинскую технику сдал:**_____ ФИО представителя организации здравоохранения<br>**Дата:** «____»_____ 20____г. **Подпись**_____ | **Медицинскую технику принял:**_____ ФИО представителя поставщика услуг<br>**Дата:** «____»_____ 20____г. **Подпись**_____ |
| **Медицинскую технику сдал:**_____ ФИО представителя поставщика услуг<br>**Дата:** «____»_____ 20____г. **Подпись**_____ | **Медицинскую технику принял:**_____ ФИО представителя организации здравоохранения<br>**Дата:** «____»_____ 20____г. **Подпись**_____ |

**Представитель организации здравоохранения:**
/Ч Шаншарова
должность, ФИО
«____»_____20____г.
М.П.

**Представитель поставщика услуг:**
инженер Букак С.
должность, ФИО
«8» 10 2019 г.
М.П.
Яшин