SIEMENS Healthineers

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

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

2932/1

№ договора_____от_____ «24» 12 2019 г.

Код инженера	Бунак	Номер и дата подачи заявки	2000000 80406	Время прибытия	Время убытия	Затраченное время
				11:00	12:00	в р. 1,0 ч

Организация здравоохранения: Областной кардиоцентр
Город: Павлодар
Отделение:
Адрес: ул. Луначарского, 1

Медицинская техника	Серийный номер	Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐ Пост-гарантийное ☐ Стороннее ☐		
AXIOM SENSIS HEMO LOW	3386	

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: Проведено техническое обслуживание выполнена проверка работоспособности и анализ файла ошибок. Требуется замена шланга и калибровка измерения давления и ремонт (или замена) источника бесперебойного питания. Эксплуатация оборудования без UPS не рекомендуется.

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика ☑ Услуги в условиях сервисного центра ☐

Медицинскую технику сдал:_____ ФИО представителя организации здравоохранения **Дата:** «_____»_____ 20____г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:**_____ ФИО представителя поставщика услуг **Дата:** «_____»_____ 20____г. **Подпись**_____
Медицинскую технику сдал:_____ ФИО представителя поставщика услуг **Дата:** «_____»_____ 20____г. **Подпись**_____	**Медицинскую технику принял:**_____ ФИО представителя организации здравоохранения **Дата:** «_____»_____ 20____г. **Подпись**_____

Представитель организации здравоохранения:

_____
должность, ФИО

_____«_____»_____20____г.
М.П.

Представитель поставщика услуг:

инженер Бунак С.
должность, ФИО

_____«24»12 20 19 г.
М.П.

Прошу считать РЭУ Доверенность