SIEMENS Healthineers

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

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

2937/1

№ договора_____ от_____ «24» 12 2019 г.

Код инженера	Бунак	Номер и дата подачи заявки	2000000 81211	Время прибытия	Время убытия	Затраченное время
				13:00	14:00	в.р. 1,0 ч в.п 0,5

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

Медицинская техника			Серийный номер	Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐	Пост-гарантийное ☐	Стороннее ☐		
AXIOM Sensis HEMO LOW			20623	

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.

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 2019 г.
М.П.

Приняла см. пер. [illegible]