SIEMENS Healthineers

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

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

2929/1

№ договора_____ от_____ «24» 12 2019 г.

Код инженера	Бунак	Номер и дата подачи заявки	2000000 80405	Время прибытия	Время убытия	Затраченное время
				9:30	11:00	в.р. 1,5ч в.п. 6,5ч

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

Медицинская техника			Серийный номер	Дата монтажа медицинской техники
Гарантийное ☐	Пост-гарантийное ☐	Стороннее ☐		
AXIOM Artis dFC			35757	

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 уровней охлаждающих жидкостей, анализ файла ошибок и качества изображения, оценка общей работоспособности. Требуется провести ремонт аппарата с заменой запчастей (рентген. трубка, медные фильтры в коллиматоре, джойстик управления, сенсорный дисплей). Аппарат ограниченно годен к эксплуатации!!!

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.

Принял см. мер ВЭХ Дорошин

SIEMENS Healthineers

ТОО «Сименс Здравоохранение»
в Центральной Азии
Сервисный центр: Тел: +7 727 244 9 444
E-mail: service.kz@siemens-healthineers.com

Центральный офис:
пр. Достык 117/6, 050059, г. Алматы, Казахстан
Тел: +7 727 244 9 888, E-mail: info.kz@siemens-healthineers.com
Филиал: пр. Туран, 18, блок В, офис 206, 010000, г. Астана, Казахстан

ПРИЛОЖЕНИЕ К АКТУ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

2929/2

№ Заказ-наряда 2000000804O5

Статус оборудования на начало работы

Полностью работоспособно		Ограниченно работоспособно		Неработоспособно	✓	Эксплуатация запрещена	

Параметры системы

Серийный номер	Версия ПО с обновлениями	Уровень гелия (МРТ)	Кол-во скан-секунд (КТ, Ангио)
35757	VB35E 161031	—	363043

Комментарии / техническое заключение: Проведено частичное техническое обслуживание, т.к. аппарат требует ремонта с заменой запчастей.

Статус оборудования по завершении работы

Полностью работоспособно		Ограниченно работоспособно		Неработоспособно	✓	Эксплуатация запрещена	

Затраченное время (в часах)

	Инженер	Дата	Начало работы	Конец работы	Рабочие часы	Время в пути	Комментарии
1	Бунак	24.12.19	9:30	11:00	1,5	6,5	
2							
3							
4							
5							

Использованные (И) / Требуемые (Т) материалы (запчасти)

	И	Т	Заказной №	Наименование	Кол-во
1					
2					
3					
4					
5					

Использованный поверяемый инструмент

	Наименование	Серийный номер	Дата поверки
1			
2			
3			

Заведующий отделом / врач (ФИО полностью): _____

_____

Телефон отдела / врача: _____

Главный врач (ФИО полностью): _____

_____

Телефон гл. врача: _____

МЫ ЗНАЕМ, КАК ОБЕСПЕЧИТЬ НАДЕЖНУЮ И ЭФФЕКТИВНУЮ РАБОТУ ОБОРУДОВАНИЯ!

Принять от нас все документы