

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ договора _____ от _____

« 09 » Января 2023г.

Код инженера	Номер и дата подачи заявки	Время прибытия	Время убытия	Затраченное время
Организация здравоохранения: КГП на ПХВ Щербактинская районная больница		Город: Щербакты		
Отделение:		Адрес:		
Медицинская техника:		Серийный номер	Дата монтажа медицинской техники	
Гарантийное <input type="checkbox"/>	Пост-гарантийное <input checked="" type="checkbox"/>			
Автоматический биохимический анализатор А-15		831056871		
Выполненные работы				
Диагностика <input checked="" type="checkbox"/>	Установка <input type="checkbox"/>	Ремонт <input type="checkbox"/>	Модернизация <input type="checkbox"/>	ПТО <input type="checkbox"/>
Демонтаж <input type="checkbox"/>	Обучение <input type="checkbox"/>			
Затраченные материалы при ремонте медицинской техники:				
Наименование материала		Единица измерения	Количество	Общая стоимость (тенге)
Типы неисправности				
Ошибка программы <input type="checkbox"/>	Техническая неисправность <input type="checkbox"/>	Механическая неисправность <input type="checkbox"/>		
Виды ремонта				
Гарантийный ремонт <input type="checkbox"/>		Не гарантийный ремонт <input type="checkbox"/>		

Комментарий/техническое заключение: **На Автоматическом биохимическом анализаторе А в связи со скачком напряжения сгорел блок питания анализатора и основная плата управления анализатором, восстановлению не подлежит. Анализатор к работе не готов**

Прием-передача медицинской техники

Услуги на территории заказчика Услуги в условиях сервисного центра

Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: « ____ » _____ 202 ____ г. Подпись _____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг) Дата: « ____ » _____ 202 ____ г. Подпись _____
Медицинскую технику сдал: _____ (ФИО (при его наличии) представителя поставщика услуг) Дата: « ____ » _____ 202 ____ г. Подпись _____	Медицинскую технику принял: _____ (ФИО (при его наличии) представителя организации здравоохранения) Дата: « ____ » _____ 202 ____ г. Подпись _____

 Представитель организации здравоохранения _____ (должность, ФИО (при его наличии)) « ____ » _____ 202 ____ г.	 Представитель поставщика услуг Майцковский А.Т. _____ (должность, ФИО (при его наличии)) « 09 » 01 2023 г.
---	--