***ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ***

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА МОСКВЫ**

**«ГОРМЕДТЕХНИКА ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**ГОРОДА МОСКВЫ»**

**АКТ №**

|  |
| --- |
| от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.  |

**приема-передачи медицинских изделий**

**на проведение метрологического обслуживания**

**в стационарных условиях**

|  |  |
| --- | --- |
| Кому | :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Номер заказа:  |

**Перечень медицинских изделийна проведение метрологического обслуживания**

**в 202\_ году в стационарных условиях**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п.п.** | **ID позиции** (в ЕМИАС**)** | **Наименование МИ** | **Тип****(модель)** | **Идентификационный номер (заводской (серийный), инвентарный)** | **Отметка о состоянии МИ (заполняется при наличии механических повреждений)** | **Кол-во, ед.** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ИТОГО** |  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Сдал**  |  | **Принял**  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / |

 Контактный телефон: Контактный телефон: 8 (495) 955-65-67 доб.2340, 2168 Каб. № 412-А |
| **ПРИЁМ** **№ места на стеллаже** | **ВЫДАЧА** **№ места на стеллаже**  |
|  |  |
| **Особые отметки:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **Медицинские изделия после проведения метрологического обслуживания выданы Заказчику/представителю заказчика\*** |
| **Выдал: Техник-метролог 1 категории**  |
|  |
| \_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г. |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел.** 8 (495) 955-65-67 доб.2340, 2168  |
|  *(подпись) (ФИО)* |
| **Получил:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(должность)*  |
|  **Доверенность №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
|  *(подпись) (ФИО)* |

# \*Даю согласие на обработку своих персональных данных, согласно ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ "О персональных данных"