***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 2021 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** |
|  |
| \_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021г. |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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"