**АКТ № \_\_\_\_\_\_\_**

от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**приема-передачи медицинских изделий**

**на проведение метрологического обслуживания в 20\_\_\_году в стационарных условиях**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| От кого (наименование владельца МИ) | |  | |
|  | |  | |
| Кому |  | |
|  | |  | |

**Перечень МИ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п.п.** | **ID позиции (в реестре МИ)** | **Наименование МИ,** | | **Тип** | | **Идентификационный номер (заводской/серийный)** | **Отметка о состоянии МИ (заполняется при наличии механических повреждений)** | **Кол-во, ед.** |
|  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |
|  | | |  | | **ИТОГО:** | | |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  |
|  | | |  | | **Особые отметки** | | | |
|  | | |  | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | |
|  | | |  | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Заполняется получателем (подпись и фио сдавшего) | | | |
|  | | |  | |  | | | |
|  | | |  | | **Сдал Принял**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Заказчик:** |  | **Исполнитель:**  **ГБУ «Гормедтехника»**  Заместитель генерального директора  по метрологии |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  М.П. |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/М.А. Галионцева/  М.П. |

***Примечание:***

Обращаем Ваше внимание на то, что ID позиции в реестре МИ заполняется медицинскими организациями подведомственными Департаменту здравоохранения города Москвы