**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