\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации здравоохранения)

Информация об используемой медицинской технике за \_\_\_\_\_\_\_\_ год

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинской техники | Количество  (единиц) | Продолжительность эксплуатации (лет) | Срок службы по эксплуатационным документам  (лет) | Кратность технического обслуживания по эксплуатационным документам  (количество раз в год) | Дата, номер договора на техническое обслуживание, поставщик сервисных услуг | Подтверждение проведения технического обслуживания согласно заключенного договора (номер и дата акта выполненных работ) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Должность руководителя организации) (Подпись) (И.О. Фамилия)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ччммгг)