

Отчет о ремонте

Присылается на ООО «МАКЕ» по факсу (095) 543-95-41, 514-00-56

Лечебное учреждение: _____
Название лечебного учреждения

_____ Полный почтовый адрес

_____ ФИО главного врача, телефон/факс

_____ ФИО заведующего отделением, телефон

Аппарат: _____
Название каталожный номер серийный номер

Дата выхода из строя: _____

Дата обращения клиента _____

**Описание
неисправности:** _____

**Проведенные мероприятия по диагностике и
ремонту:** _____

**Рекомендации
клиенту:** _____

**Когда и кем проводился предыдущий ремонт или обслуживание
аппарата:** _____

Текущий ремонт проведен: _____
ФИО инженера, название компании

Дата ремонта _____

Подпись исполнителя _____
(С расшифровкой)

Подпись руководителя _____
(С расшифровкой)