|  |
| --- |
| **ЗАО «АЗРТ»** |
| 143360 М.О. Наро-Фоминский р-н, г.п. Апрелевка, ул. Ленина, д. 4Тел.: (495) 982-59-17, azrt2011@yandex.ru117556 Москва, а/я 8, azrts@amico.ru, www.aprelevka-x-ray.ru  |

**Заявка на проведение монтажа/шефмонтажа**

от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

1. Прошу выполнить монтаж/шефмонтаж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 нужное отметить

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование рентгеновского оборудования** | **Заводской номер** |
|  |  |

2. Наименование организации и адрес выполнения работ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Ф.И.О. и контактные телефоны (с междугородным кодом) ответственных лиц:

|  |  |
| --- | --- |
| Должность, Ф.И.О. | Телефон |
|  |  |
|  |  |

4. Дополнительно подтверждаем, что:

- оборудование доставлено в рентгеновский кабинет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата), в количестве\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мест;

- имеется проектная документация рентгеновского кабинета согласно СанПин 2.6.1.1192-03 и получено санитарно-эпидемиологическое заключение (СЭЗ);

- проектная документация содержит информацию о месте расположения сетевого выключателя;

- имеется протоколы проверки параметров электрической сети и заземления;

- помещение готово к проведению монтажа с «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г;

5. Ответственный за проведение работ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 должность, Ф.И.О

обеспечивает незамедлительный доступ к оборудованию по приезду специалистов и своевременное подписание акта после окончания пуско-наладочных работ.

6. Доступ к месту проведения монтажа:

Круглосуточный

В рабочее время организации с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выходной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Руководитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ф.И.О. подпись

 М.П.

**Примечание:**

**- все пункты обязательны к заполнению;**

**- при несоответствии данных, указанных в заявке и/или неготовности рентгеновского кабинета требованиям СанПин 2.6.1.1192-03 и проектной документации работы не производятся, о чем составляется Акт готовности рентгеновского кабинета к монтажу;**

**- повторный выезд осуществляется только после оплаты расходов по командировке предыдущего выезда;**

**- изготовитель обеспечивает гарантийные обязательства при условии постановки оборудования на сервисно-техническое обслуживание в региональном предприятии «Медтехника» или других сервисных организациях, имеющих разрешение на обслуживание данного вида медицинской техники**