

ЗВЕДЕНИЙ АКТ ІНВЕНТАРИЗАЦІЇ
у розрізі експлуатаційного стану високовартісного обладнання

станом на " ____ " _____ року

(найменування регіонального підрозділу з питань охорони здоров'я)

Найменування регіону	Рівень надання медичної допомоги	Група обладнання	Загальна кількість одиниць обладнання по групі	Загальна сума вартості обладнання по групі, тис. грн	Експлуатаційний стан обладнання							
					Задовільний		Потребує поточного ремонту		Потребує капітального ремонту		Ремонту не підлягає	
					% від Загальної кількості	Сума, тис. грн.	% від Загальної кількості	Сума, тис. грн.	% від Загальної кількості	Сума, тис. грн.	% від Загальної кількості	Сума, тис. грн.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Усього за вторинним рівнем												
Усього за третинним рівнем												
ЗАГАЛОМ:												

Начальник _____ (підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові)

Головний бухгалтер _____ (підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові)

