Приложение 50
к приказу Министра финансов
Республики Казахстан
от 20 декабря 2012 года № 562

Форма Р-1

		ИИН/БИН
Заказчик	**Государственное учреждение "Управление здравоохранения Кызылординской области"** *полное наименование, адрес, данные о средствах связи*	**940740000406**
Исполнитель	**Товарищество с ограниченной отвественностью "Учебно-клинический центр Ая-Хан",120000, г. Кызылорда, ул. Зейнулла Шукурова д.92** *полное наименование, адрес, данные о средствах связи*	**140740022569**

Договор (контракт) Договор №99 от 29.09.2021г

Номер документа	Дата составления
22	**18.10.2021**

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ (ОКАЗАННЫХ УСЛУГ)

Номер по порядку	Наименование работ (услуг) (в разрезе их подвидов в соответствии с технической спецификацией, заданием, графиком выполнения работ (услуг) при их наличии)	Дата выполнения работ (оказания услуг)	Сведения об отчете о научных исследованиях, маркетинговых, консультационных и прочих услугах (дата, номер, количество страниц) (при их наличии)	Единица измерения	Выполнено работ (оказано услуг)		
					количество	цена за единицу	стоимость
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Услуги по повышению квалификации "1.Базовая реанимация"BasicLifeSuupport(BLS)2.Расширенная сердечно-легочная реанимация-Advansed Cardiac Life Support(ACLS)3.Сердечно-легочная реанимация в педиатрии-Pediatric Advanstd Life Support(PALS).Оказание неотл			услуга	1	1 158 549,28	1 158 549,28
				Итого	1	x	1 158 549,28

Сведения об использовании запасов, полученных от заказчика _____
наименование, количество, стоимость

Приложение: Перечень документации, в том числе отчет(ы) о маркетинговых, научных исследованиях, консультационных и прочих услугах (обязательны при его (их) наличии) на _____ страниц _____

Сдал (Исполнитель) _____ / _____ / _____
должность *подпись* *расшифровка подписи*

М.П.

Принял (Заказчик) Зам. руководителя / _____ / И. Таукенов
должность *подпись* *расшифровка подписи*

Дата подписания (принятия) работ (услуг) 18.10.2021

М.П.

/ Ж. Досанов /

/ З. Сейдахметова /