Счет-фактура № 0000000391 от 26 ноября 2021 г.

Дата совершения оборота: 26.11.2021

Поставщик: ТОО "MEDICO - диагностический центр"

БИН и адрес места нахождения поставщика: БИН: 181140000134, 140000, Республика Казахстан, г. Павлодар, ул. Академика Маргулана, 120,

ИИК поставщика: KZ08914072203KZ009HF, в банке ДБ АО "Сбербанк России" , БИК SABRKZKA

Договор (контракт) на поставку товаров (работ, услуг): Договор №74 от 09.03.2021 года.

Условия оплаты по договору (контракту): безналичный расчет

Пункт назначения поставляемых товаров (работ, услуг): 140000, Республика Казахстан, Павлодарская область, Павлодар г., Тауелсиздик, дом № 284

государство, регион, область, город, район

Поставка товаров (работ,услуг) осуществлена по доверенности: Без доверенности

Способ отправления: 99 (Прочие)

Товарно-транспортная накладная:

Грузоотправитель: БИН: 181140000134, ТОО "MEDICO - диагностический центр"
, 140000, Республика Казахстан, г. Павлодар, ул. Академика Маргулана, 120

(БИН, наименование и адрес)

Грузополучатель: БИН: 971240001375, ГУ КГУ "Центр оказания специальных социальных услуг для престарелых и инвалидов общего типа Павлодарской области" управления координации занятости и социальных программ Павлодарской области, 140000, Республика Казахстан, Павлодарская область, Павлодар г., Тауелсиздик, дом № 284

(БИН, наименование и адрес)

Получатель: ГУ КГУ "Центр оказания специальных социальных услуг для престарелых и инвалидов общего типа Павлодарской области" управления координации занятости и социальных программ Павлодарской области

БИН и адрес места нахождения получателя: БИН: 971240001375, 140000, Республика Казахстан, Павлодарская область, Павлодар г., Тауелсиздик, дом № 284

ИИК получателя: KZ330705022563004011, в банке Комитет казначейства Министерства финансов РК, БИК KKMFKZ2A

№ п/п	Наименование товаров (работ, услуг)	Ед. изм.	Код ТНВЭД	Кол-во (объем)	Цена (KZT)	Стоимость товаров (работ, услуг) без НДС	НДС		Всего стоимость реализации	Акциз	
							Ставка	Сумма		Ставка	Сумма
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Медуслуги	услуга		1	56 300,00	56 300,00	Без НДС		56 300,00		
Всего по счету:						**56 300,00**			**56 300,00**		

Главный врач: Сексембаев Т. Б.

(Ф.И.О., подпись)

Главный бухгалтер: Не предусмотрен

(Ф.И.О., подпись)

МП

ВЫДАЛ (ответственное лицо поставщика)
Бухгалтер

(должность)

Нурмагамбетова С.Р.

(Ф.И.О., подпись)

Примечание: Без печати недействительно. Оригинал (первый экземпляр) - покупателю. Копия (второй экземпляр) - поставщику.

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

Форма Р-1

		ИИН/БИН
Заказчик	**ГУ КГУ "Центр оказания специальных социальных услуг для престарелых и инвалидов общего типа Павлодарской области" управления координации занятости и социальных программ Павлодарской области,140000, Республика Казахстан, Павлодарская область, Павлодар г., Тауелсиздик, дом № 284**	**971240001375**
	полное наименование, адрес, данные о средствах связи	
Исполнитель	**ТОО "MEDICO - диагностический центр",140000, Республика Казахстан, г. Павлодар, ул. Академика Маргулана, 120, тел.: 61-63-04**	**181140000134**
	полное наименование, адрес, данные о средствах связи	

Договор (контракт) Договор №74 от 09.03.2021 года.

Номер документа	Дата составления
409	**26.11.2021**

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	Медуслуги			услуга	1	56 300,00	56 300,00
				Итого	1	x	56 300,00

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) Главный врач / _____ / Сексембаев Т.Б.
должность *подпись* *расшифровка подписи*

М.П.

Принял (Заказчик) _____ / _____ / _____
должность *подпись* *расшифровка подписи*

Дата подписания (принятия) работ (услуг) 26.11.2021

М.П.