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

Форма Р-1

ИИН/БИН **970240002975**

950540000490

Номер документа	Дата составления
	05.10.2022

Заказчик **ГУ "Аппарат акима города Костанай", г. Костанай, ул. Пушкина, 98, тел.: +7 (714 2) 57-57-31**
полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Исполнитель **КГП "Поликлиника № 3г. Костанай" Управления здравоохранения акимата Костанайской области**

Договор (контракт) **договор № 76 от 25.02.2022 г.**

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 о наличии отчета о маркетинговых исследованиях, консультационных	Единица измерения	Выполнено работ (оказано услуг)		
					количество	цена за единицу	стоимость
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Прием ЛОР	сентябрь 2022 г.	_	исследование	0	1200	0
2	прием стоматолог	сентябрь 2022 г.	_	исследование	0	1200	0
3	прием хирурга	сентябрь 2022 г.	_	исследование	0	1200	0
4	прием уролога	сентябрь 2022 г.	_	исследование	0	1200	0
5	прием невропатолога	сентябрь 2022 г.	_	исследование	0	1200	0
6	прием проктолога	сентябрь 2022 г.	_	исследование	0	1200	0
7	прием терапевта	сентябрь 2022 г.	_	исследование	0	1200	0
8	прием травматолога	сентябрь 2022 г.	_	исследование	0	1200	0
9	прием инфекциониста	сентябрь 2022 г.	_	исследование	0	1200	0
10	прием кардиолога	сентябрь 2022 г.	_	исследование	11	1200	13200
11	прием сурдолога	сентябрь 2022 г.	_	исследование	0	1200	0
12	прием окулиста	сентябрь 2022 г.	_	исследование	25	1200	30000
13	прием эндокринолога	сентябрь 2022 г.	_	исследование	0	1200	0
				Итого			**43 200,00**

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 усдугах(обязательны при его(их) наличии) на _____страниц.

Сдал (Исполнитель) Главный врач / Мессн / Ахметов М.М.
должность *подпись* *ифровка по*

Руководитель аппарата / Моргунов М.В.
должность *подпись* *расшифровка подписи*

М.П

Представитель Заказчика *должность* *подпись* *расшифровка подписи*

*Применяется для приемки-передачи выполненных работ (оказанных услуг), за исключением строительно-монтажных работ.
**Заполняется в случае, если даты выполненных работ (оказанных услуг) приходятся на различные периоды, а также в случае, если даты выполнения работ (оказания услуг) и даты подписания (принятия) работ (услуг) различны.
***Заполняется в случае наличия отчета о научных исследованиях, маркетинговых, консультационных и прочих услугах.