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

Форма Р-1

ИИН/БИН

**160540005694**

Заказчик **Коммунальное государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Областной перинатальный центр" управления здравоохранения Кызылординской области".Кызылординская область, г.Кызылорда, БЕЙБАРЫС СУЛТАН, 12**

*полное наименование, адрес, данные о средствах связи*

**740417401570**

Исполнитель **ИП "Маликова Г.М.".г.Шымкент, Абайский район, Нурлы тан, 32**

*полное наименование, адрес, данные о средствах связи*

Договор (контракт) Договор №3 от 30.12.2022г.

| Номер документа | Дата составления |
|---|---|
| 2 | 02.03.2023 |

# 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 |
| | Услуги по организации обеспечения питания пациентов. | 01.02.2023-28.02.2023 | | одна услуга | 6251 | 890,93 | 5 569 203,44 |
| | | | | Итого | | x | 5 569 203,44 |

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) _____ / _____ / Маликова Г.М.

*должность* *подпись* *расшифровка подписи*

М.П.

Принял (Заказчик) _____ / _____ / _____

*должность* *подпись* *расшифровка подписи*

Дата подписания (принятия) работ (услуг) _____

М.П.