к приказу Министра финансов
Республики Казахстан
от 20 декабря 2012 года № 55

Форма

	ИИН/БИН
Заказчик: Коммунальное государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Многопрофильная областная больница" коммунального государственного учреждения "Управление здравоохранения акимата СКО",СКО, г.Петропавловск,ул. Имени Евгения Брусиловского, 20,36-39-91	990240005923
Исполнитель: Филиал Республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения "Национальный центр экспертизы" Комитета санитарно-эпидемиологического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан по Северо-Казахстанской области,Республика Казахстан, Северо-Казахстанская область, город Петропавловск, улица Нұрсұлтан Назарбаев, дом 236,41-01-91	150741015800

полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Договор (контракт) Договор №360 от 24.01.2024

Номер документа	Дата составления
1247	20.05.2024

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	GT-409 Дезинфицирующие средства/ процентные содержания активного хлора в сухих препаратах/титриметрический			одно исследование	1	2 150.00	
2	GT-410 Дезинфицирующие средства/ % активного хлора в растворах/титриметрический			одно исследование	2	2 150.00	
3	OS-003 Оформление протоколов результатов исследований /оформление протоколов/оформление протоколов			1 протокол	1	500.00	
				Итого	4	x	

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) Директор филиала / ИСЕНЕЕВ К.К.
должность *подпись* *расшифровка подписи*

М.П.

Принял (Заказчик) эпидемиолог Акр Акдаров
должность *подпись* *расшифровка*

Дата подписания (принятия) работ (услуг) 20.05.2024

М.П.