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

Форма Р-1

		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
	полное наименование, адрес, данные о средствах связи	
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
2483	21.08.2024

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	В-202 Внутрилабораторный и внешний контроль/Контроль эффективности работы автоклавов, стерилизаторов и дезкамерклассический бактериологический			одно исследование	11	2 160,00	23 760,00
2	OS-003 Оформление протоколов результатов исследований /оформление протоколов/оформление протоколов			1 протокол	1	500,00	500,00
				Итого	12	x	24 260,00

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) И.о.директора филиала / подпись / БОНДАРЕВА З. Ю. расшифровка подписи
должность

Принял (Заказчик) тир-г / подпись / Красноб расшифровка подписи
должность

М.П.

Дата подписания (принятия) работ (услуг) 21.08.2024

М.П.

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

Форма Р-1

		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 *полное наименование, адрес, данные о средствах связи*	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 Нурсултан Назарбаев, дом 236,41-01-91 *полное наименование, адрес, данные о средствах связи*	150741016800

Договор (контракт) Договор №360 от 24.01.2024

Номер документа	Дата составления
2485	21.08.2024

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	DS-003 Оформление протоколов результатов исследований /оформление протоколов/оформление протоколов			1 протокол	1	500,00	500,00
2	GT-410 Дезинфицирующие средства/ % активного хлора в растворах/титриметрический			одно исследование	1	2 150,00	2 150,00
3	GT-411 Дезинфицирующие средства/ действующие вещества (ДВ) четвертичных аммониевых солей (ЧАС) суммарно /титриметрический			одно исследование	18	4 095,00	73 710,00
				Итого	20	x	76 360,00

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) И.о директора филиала / _____ / БОНДАРЕВА З. Ю.
должность *подпись* *расшифровка подписи*

М.П.

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

Дата подписания (принятия) работ (услуг) 21.08.2024

М.П.