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

Форма Р-1

		ИИН/БИН
Заказчик	**КГП на ПХВ "Детская городская клиническая инфекционная больница",г.Алматы, Байзакова, 299А** *полное наименование, адрес, данные о средствах связи*	**800340000017**
Исполнитель	**Товарищество с ограниченной ответственностью "Sary-Arka food",Республика Казахстан, Алматинская область, Алмалинский район, Алматы, Серке Кожамкулова, дом № 202** *полное наименование, адрес, данные о средствах связи*	**161240012936**

Договор (контракт) Договор №199/00 от 28.05.2024г.

Номер документа	Дата составления
141	**31.08.2024**

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	в том числе НДС, в KZT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Услуги по организации лечебно-диетического питания пациентов за август 2024г			один койко-день	2 862	1 816,90	5 199 967,80	557 139,41
				Итого	2 862	x	5 199 967,80	557 139,41

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 / _____ / Абдрахманов Н.Ж.
должность *подпись* *расшифровка подписи*

М.П.

Принял (Заказчик) _____ / _____ / Бородина Н.В.
должность *подпись* *расшифровка подписи*

Дата подписания (принятия) работ (услуг) 31.08.2024

М.П.