		ИИН/БИН
Заказчик	**КГКП "Восточно-Казахстанский областной центр психического здоровья" Управления здравоохранения Восточно-Казахстанской области**	**621140000014**
	полное наименование, адрес, данные о средствах связи	
Исполнитель	**КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная Станция скорой медицинской помощи" управления здравоохранения Восточно-Казахстанской области, РК, ВКО, г. Усть-Каменогорск, ул. Шәкәрім, 149**	**990340002427**
	полное наименование, адрес, данные о средствах связи	

Договор (контракт) Договор № 147/159 от 04.04.2025 г.

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ (ОКАЗАННЫХ УСЛУГ)

Номер документа	Дата составления
0049	09.04.2025

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	Медицинское сопровождение при транспортировке врачебной бригадой	за март 2025	ОНД		услуга	2	12280	24560
2	Медицинское сопровождение при транспортировке Фельдшерской бригадой	за март 2025	ОНД		услуга	10	10125	101250
					Итого		x	**125 810**

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) Главный врач/_____/Мейрбаев Е.Ш.
должность подпись расшифровка подписи

М.П.

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

М.П.