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

Форма Р-1

ИИН/БИН

Заказчик **Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения "Атбасарская многопрофильная межрайонная больница" при управлении здравоохранения Акмолинской области,020400, Акмолинская область, Атбасарский район, город Атбасар, ул. Ч.Валиханова, зд. 15, тел.: 87164324492** — **040440000299**

полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Исполнитель **Астанинский городской филиал ТОО"Республиканская Медицинская Академия",Республика Казахстан, Астана, Иманова, дом № 19, корпус офис 1001А, тел.: 87011254258** — **241041015550**

полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Договор (контракт) Договор №89 2025-04-01

Номер документа	Дата составления
1910	28.04.2025

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	Услуги по обучению персонала/сотрудников Повышение квалификации (Сестринские компетенции ОРИТ - 120 часов (медсестра)) 2 чел			Услуга	1	51 000,00	51 000,00
				Итого	1	x	51 000,00

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) Директор / _____ / Кармова Б.Т.

должность *подпись* *расшифровка подписи*

М.П.

Принял (Заказчик) _____ / _____ / _____

должность *подпись* *расшифровка подписи*

Дата подписания (принятия) работ (услуг) _____

М.П.