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

Форма Р-1

ИИН/БИН

Заказчик **Коммунальное государственное учреждение "Центр поддержки детей с аутизмом" управления координации занятости и социальных программ акимата Жамбылской области",080003, Жамбылская область, город Тараз, ул. Кенена Азербаева, зд. 156, тел.: +7 (747) 712-28-91** — **230340023066**

полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Исполнитель **Товарищество с ограниченной ответственностью "DESS Company",Республика Казахстан, Жамбылская область, г.Тараз, ул. Абая, дом № 159, к.49, тел.: +77766275740,, 77004513900** — **140140018856**

полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Договор (контракт) Договор №7 от 28.01.2025г. видео

Номер документа	Дата составления
157	30.04.2025

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 техническому обслуживанию видеонаблюдения и аналогичного оборудования			Одна услуга	1	11 672,00	11 672,00
				Итого	1	x	11 672,00

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) _____ / Овинцев В.А.

должность *подпись* *расшифровка подписи*

М.П.

Принял (Заказчик) _____ / _____ / Шокпанбаева А

должность *подпись* *расшифровка подписи*

Дата подписания (принятия) работ (услуг) _____

М.П.