		ИИН/БИН
Заказчик	**КГП на ПХВ "Районная больница Шемонаихинского района" Управления здравоохранения Восточно-Казахстанской области, РК ВКО, г.Шемонаиха, ул.Повстанческая, 87**	**080740008521**
	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. Шакарим, 149**	**990340002427**
	полное наименование, адрес, данные о средствах связи	

Договор (контракт) Договор № 219 от 15.05.2025 г

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ (ОКАЗАННЫХ УСЛУГ)

Номер документа	Дата составления
0130	08.08.2025

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 пациентов фельдшерской бригадой в г.Усть-Каменогорск	за июль 2025 г		мин	9450	169	1 597 050
				Итого		x	1 597 050

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.