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

Форма Р-1

		ИИН/БИН
Заказчик	**ГКП на праве хозяйственного ведения "Центр гипербарической оксигенаций имени Т.О.Орынбаева" управления здравоохранения города Шымкент** *полное наименование, адрес, данные о средствах связи*	**991140004736**
Исполнитель	**ТОО NURLY ASPAN,Казахстан, Туркестанская обл., г. Шымкент, ул. Жилой массив АЛТЫНТОБЕ , Улица Б.ДАЙРБЕК, д. 41** *полное наименование, адрес, данные о средствах связи*	**160940011683**
Договор (контракт)	Договор №250052/00 от 21.05.2025г	

Номер документа	Дата составления
292	02.09.2025

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	в том числе НДС, в KZT
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Услуги по организации обеспечения питания пациентов за август 2025г.			Одна услуга	4 043	1 320,00	5 336 760,00	571 795,71
				Итого	4 043	x	5 336 760,00	571 795,71

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 / _____ / ТУРНИЯЗОВ Н.А.
должность *подпись* *расшифровка подписи*

М.П.

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

Дата подписания (принятия) работ (услуг) 02.09.2025

М.П.