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

Форма Р-1

ИИН/БИН

Заказчик: коммунальное государственное учреждение "Центр психологической поддержки управления образования Акмолинской области",020000, Акмолинская область, город Кокшетау, ул. А.Пушкина, д. 17, н.п. 2, тел.: 87057670295 — 240440040280

полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Плательщик: ГКП на ПХВ "Городская поликлиника" при управлении здравоохранения Акмолинской области,Республика Казахстан, Акмолинская, Кокшетау, город, Ауельбекова, дом № 94 — 030640002677

полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Договор (контракт): Медосмотр

Номер документа	Дата составления
734	06.10.2025

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 периодическому медицинскому осмотру персонала			Услуга	1	1 085,00	1 085,00
				Итого	1	x	1 085,00

Сведения об использовании эдасов, полученных от заказчика

наименование, количество, стоимость

Приложение: Результаты исследований, в том числе отчет(ы) о маркетинговых, научных исследованиях, консультационных и прочих услугах (обязательны при его наличии) на ____ страницах

Сдал (исполнитель): Главный специалист — *должность*; *подпись*; САБАТАЕВА Г.З. — *расшифровка подписи*

М.П.

Принял (Заказчик): *должность*; *подпись*; *расшифровка подписи*

Дата подписания (принятия) работ (услуг): 06.10.2025

М.П.