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 "Буландынская районная больница" при управлении здравоохранения Акмолинской области,020500, Акмолинская область, Буландынский район, город Макинск, ул. Лесная, д. 33, тел.: 8(716 46) 2-13-57, 2-28-40** — **040540002912**

полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Исполнитель **ТОО "Boom-Food",020000, Республика Казахстан, Акмолинская область, г.Кокшетау, Кошкарбаева, дом № 51** — **161140002083**

полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Договор (контракт) №040540002912/260007/00 от 06.01.2026г.

Номер документа	Дата составления
00000000095	31.03.2026

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 март 2026г.			усл	2 130	1 985,92	4 230 009,60	583 449,60
				Итого	2 130	x	4 230 009,60	583 449,60

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 / _____ / Сарсенбекулы М.
должность *подпись* *расшифровка подписи*

М.П.

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

Дата подписания (принятия) работ (услуг) 31.03.2026

М.П.