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

Форма Р-1

		ИИН/БИН
Заказчик	**Коммунальное государственное учреждение "Аппарат акима Жамбылской области",Республика Казахстан, Жамбылская область, г.Тараз, проспект Абая, 125**	**920240000563**
	полное наименование, адрес, данные о средствах связи	
Исполнитель	**Товарищество с ограниченной ответственностью "Республиканский Радиологический Центр",Республика Казахстан, г.Астана, р-н "Сарыарка", ул.188, дом № 13/4, к.39. Почтовый адрес:080000, Республика Казахстан, Жамбылская обл., г.Тараз, ул.Желтоксан, дом № 86, тел.: +7 (7262) 54-14-05**	**140840005522**
	полное наименование, адрес, данные о средствах связи	

Договор (контракт) 11-15/139 от 10.05.2017г.

Номер документа	Дата составления
515	**06.10.2017**

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	Услуга по проведению индивидуального дозиметрического контроля за 3 квартал 2017г.			услуга	1	10 000,00	10 000,00
				Итого	1	x	10 000,00

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) Директор / _____ / Воевода Наталья Александровна
должность *подпись* *расшифровка подписи*

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

М.П.

Дата подписания (принятия) работ (услуг) 06.10.2017

М.П.

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

Форма Р-1

		ИИН/БИН
Заказчик	**Коммунальное государственное учреждение "Аппарат акима Жамбылской области",Республика Казахстан, Жамбылская область, г.Тараз, проспект Абая, 125**	**920240000563**
	полное наименование, адрес, данные о средствах связи	
Исполнитель	**Товарищество с ограниченной ответственностью "Республиканский Радиологический Центр",Республика Казахстан, г.Астана, р-н "Сарыарка", ул.188, дом № 13/4, к.39. Почтовый адрес:080000, Республика Казахстан, Жамбылская обл., г.Тараз, ул.Желтоксан, дом № 86, тел.: +7 (7262) 54-14-05**	**140840005522**
	полное наименование, адрес, данные о средствах связи	

Договор (контракт) 11-15/139 от 10.05.2017г.

Номер документа	Дата составления
515	**06.10.2017**

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	Услуга по проведению индивидуального дозиметрического контроля за 3 квартал 2017г.			услуга	1	10 000,00	10 000,00
				Итого	1	x	10 000,00

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) Директор / _____ / Воевода Наталья Александровна
должность *подпись* *расшифровка подписи*

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

М.П.

Дата подписания (принятия) работ (услуг) 06.10.2017

М.П.