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

М.П.

Форма Р-1

ИИН/БИН
30640002677

150741016908

Заказчик ГКП на ПХВ "Городская поликлиника"при управлении здравоохранения Акмолинской области,Республика Казахстан,Акмолинская область,г.Кокшетау,ул.Ауельбекова ,94
полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Исполнитель Филиал РГП на ПХВ "Национальный центр экспертизы" Комитета охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения РК по Акмолинской области,Республика Казахстан, г. Кокшетау, ул. Кудайбердиева, дом № 27
полное наименование, адрес, данные о средствах связи

Договор (контракт) договор № 76 от 05.03.2018г ЦСЗ-2 март

Номер документа	Дата составления

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	Хедельсона				1	1250,00	1250
2	Проба Розбенгал				1	700,00	700
3	Реакция Райта				1	1070,00	1070
4	Бруцеллез генетический (ПЦР)				1	9600,00	9600
5	Листериоз серологический				5	1200,00	6000
							18620

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) зав.лаб.ООИ / _____ / Исенова А.Е.
должность *подпись* *расшифровка подписи*

М.П.

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

Дата подписания (принятия) работ (услуг) _____

М.П.