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

Форма Р-1

		ИИН/БИН
Заказчик	**Коммунальное государственное предприятие "Областной центр травматологии и ортопедии имени профессора Х.Ж. Макажанова" Управления здравоохранения Карагандинской области,Республика Казахстан, г.Караганда, пр.С.Сейфуллина, дом № 13** *полное наименование, адрес, данные о средствах связи*	**990140002112**
Исполнитель	**Индивидуальный предприниматель Шкадина О.П.,Республика Казахстан, Карагандинская область, г.Караганда, ул.Актюбинская, дом № 4** *полное наименование, адрес, данные о средствах связи*	**640411401001**
Договор (контракт)	Договор № 184/у от 25.07.2019г.	

Номер документа	Дата составления
63	**30.09.2019**

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	Комплекс №1			тенге	94	140,00	13 160,00	1 410,00
2	Комплекс №2			тенге	105	300,32	31 533,60	3 378,60
3	Комплекс №3			тенге	105	160,00	16 800,00	1 800,00
				Итого	304	x	61 493,60	6 588,60

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) _____ / _____ / _____ Принял (Заказчик) директор / _____ / Нурмолдаев К.
должность *подпись* *расшифровка подписи* *должность* *подпись* *расшифровка подписи*

М.П. Шкадина О.П.

Дата подписания (принятия) работ (услуг) 30.09.2019

М.П.

Нурмешова Р.Т.