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

Форма Р-1

		ИИН/БИН
Заказчик	**Коммунальное государственное предприятие "Областная детская клиническая больница",** Карагандинская область, г.Караганда, Ержанова, 8 *полное наименование, адрес, данные о средствах связи*	**990140002073**
Исполнитель	**Товарищество с ограниченной ответственностью "ASPEL", Карагандинская область, Караганда, ул. Сатыбалдина 13, оф. 10** *полное наименование, адрес, данные о средствах связи*	**170540008958**
Договор (контракт)	По доп. соглашению № 1 от 04.09.2019г. к осн. договору № 213/19 от 08.08.2019г.	

Номер документа	Дата составления
00000000044	**14.11.2019**

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
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Услуги по техническому обслуживанию медицинского оборудования (СЕНТЯБРЬ-ОКТЯБРЬ)	14.11.2019		Одна услуга	1,00	821 333,20	821 333,20
				Итого	**1,00**	**x**	**821 333,20**

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 / _____ / Мукашев Б.М. Принял (Заказчик) Директор / _____ / Бидайбаев А.Н.
должность *подпись* *расшифровка подписи* *должность* *подпись* *расшифровка подписи*

М.П. М.П.

Дата подписания (принятия) работ(услуг) _____