

**« Утверждаю»
Главный врач
ТОГБУЗ «Мичуринская ЦРБ»**


_____ **К.В. Августюков**

_____ (наименование Учреждения, ИНН/КПП)

Адрес (юридический): _____

Телефоны: _____

АКТ № _____ от _____ г.
об оказании услуг

Заказчик :

Основание:

Валюта: Российский рубль

№	Наименование работы(услуги)	Ед.изм.	Кол-во	Цена	Сумма
1					
2					
3					

Итого:
Итого НДС: 0,00
Всего(с учетом НДС)

Всего оказано услуг на сумму: _____

(сумма прописью)

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеют.

Исполнитель: _____

Должность
М.П.

подпись

расшифровка подписи

Заказчик: _____

Должность
М.П.

подпись

расшифровка подписи