

Акт об оказании услуг № _____ от " _____ " _____ 20__ г.

ГОАУСОН "Апатитский КЦСОН" (ИНН: 5101402410 / КПП: 511801001)

Юридический адрес: 184209, Мурманская обл, г. Апатиты, ул. Зиновьева, дом № 13а, тел.
(881555) 7-61-99

Поставщик:

Получатель:

(Ф.И.О. получателя социальных услуг)

Основание:

(номер и дата договора)

№ п/п	Вид социальных услуг	Наименование социальной услуги	Период предоставления социальной услуги	Объем предоставления социальной услуги в месяц, раз	Тариф на социальную услугу, руб.	Стоимость социальной услуги, руб.
Итого стоимость социальных услуг на основе тарифов за месяц, руб.						
Размер СДД получателя социальных услуг, руб.						
Размер платы за месяц, руб.						

Всего оказано услуг на сумму:

(сумма прописью)

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Получатель претензий по объему, качеству и срока оказания услуг не имеет.

От Поставщика:

(должность)

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

От Получателя:

(подпись)

(расшифровка подписи)