

«Затверджую»
Директор Ужгородської філії
ДУ «Закарпатський ОЦПХ МОЗ»
_____ Пшеничний О.Г.

88000, м. Ужгород, вул. Грибоєдова 20-г, тел. 640725
код ЄДРПОУ 38533513, р/р UA218201720313251001201087130

код ЄДРПОВ 38533513, р/р UA218201720313251001201087130

Призначення платежу: за профдезроботи за _____ ВПД
міс. згідно з договором, або рахунком-нарядом № _____

за Розрахунковий період _____

ДУ «ЗОЦКПХ МОЗ»

Виданий _____ дезінфектору Між _____
на проведення дезробіт згідно з угодою _____

В с/а Дзыха по адресу

№ з/п	Найменування дезробіт	Од. виміру	Кількість Кв.м.	Вартість роботи	Дата	Витрати деззасобів,ядоприманок та ін.матеріалів	
						Найменування	Од. виміру Конц. К-ть
1	Дератизація	м.кв	500	482.50			
2	Дезінсекція	м.кв					
3	Дезінфекція	м.кв.					
4	Колодязі дезінфекція	шт.					
Сума за місяць				482.50			
ПДВ 20%				96.50			
Всього з ПДВ				579.00			
					Копію рахунку-наряду отримано		

(Підпис: хто прийняв рахунок-наряд, дата і штамп, або печатка організації)

(Підпис: хто прийняв рахунок-наряд,
дата і штамп, або печатка організації)

Дезінструктор

Дезінфектор

АКТ

наданих послуг з профілактичної дезінфекції до договору № 153/2 ВПД.

Від " 10 " листопада 2025 р.

Ужгородський міськ. та район. каб. УМР
(найменування об'єкта обслуговування та площа обслуговування за договором)

Дератизація 500 м.кв., Дезінсекція _____ м.кв., Дезінфекція _____ м.кв.
Колодязі _____ (м.куб).

Ми, що нижче підписалися, представники Виконавця, директора Ужгородської філії ДУ "Закарпатський ОЦКПХ МОЗ України" Пшеничного О.Г., дезінфектора ВПД _____ з однієї сторони, і представник замовника _____ з другої сторони, склали цей акт у тому, що у (дата) 10 листопада 2025 року Виконавцем виконаний необхідний обсяг робіт з профдезінфекції (дератизація, дезінсекція, дезінфекція води в колодязі) згідно з вищезазначеною угодою, що підтверджено записами в журналі робіт з профілактичної дезінфекції, який зберігається на об'єкті обслуговування.

Замовник не має претензій до Виконавця, щодо своєчасності, повноти та якості наданих послуг з профілактичної дезінфекції та бере зобов'язання оплатити місячну вартість отриманих послуг в розмірі 00 грн. 00 коп. (прописом)

Представник виконавця
Директор Ужгородської філії
ДУ "Закарпатський ОЦКПХ МОЗ"
Директор _____
Дезінфектор _____



Представник замовника

