

**Самостоятельно разработанные формы первичных
(сводных) учетных документов**

УТВЕРЖДАЮ
(подпись)

Главный врач ОГБУЗ «Слюдянская РБ»
(ФИО руководителя)

« ____ » _____ 20__ г.

АКТ выполненных работ

_____ (наименование учреждения)

Заказчик: _____

Исполнитель: _____

N	Наименование работы (услуги)	Единица измерения	Количество	Цена	Сумма
1					
				Итого	
				Итого НДС	
				Всего (с учетом НДС)	

Всего оказано услуг на сумму: _____ рублей _____ копеек, в том числе НДС - _____ рублей _____ копеек.

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

Исполнитель

Заказчик

УТВЕРЖДАЮ

(подпись)

Главный врач ОГБУЗ «Слюдянская РБ»

(ФИО руководителя)

« ____ » _____ 20__ г.

**АКТ
о выявленных дефектах оборудования**

Номер документа	Дата составления

_____ (наименование учреждения)

Местонахождение оборудования _____ (адрес, здание, сооружение, цех)

Организация-изготовитель _____ (наименование)

Организация-поставщик _____ (наименование)

1. В процессе _____ перечисленного (осмотра, приема, монтажа, наладки, испытания)

ниже оборудования обнаружены следующие дефекты:

Оборудование				Дата		Обнаруженные дефекты
наименование	номер паспорта или маркировка	тип, марка	проектная организация	изготовления оборудования	поступления оборудования	
1	2	3	4	5	6	7

2. Для устранения выявленных дефектов необходимо: _____

*(подробно указываются мероприятия или работы
по устранению выявленных дефектов,
исполнители и сроки исполнения)*

Члены комиссии _____

УТВЕРЖДАЮ

(подпись)

Главный врач ОГБУЗ «Слюдянская РБ»

(ФИО руководителя)

« ____ » _____ 20__ г.

Перечень связанных сторон

на 1 января 20 ____ г.

п/п	Полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (если имеется) физического лица, являющегося связанной стороной	ИНН связанной стороны	Тип организации	Основание, в силу которого лицо признается связанной стороной (исключается из состава связанных сторон)	Дата включения (исключения) в перечень связанных сторон
	2	3	4	5	6

УТВЕРЖДАЮ

(подпись)

Главный врач ОГБУЗ «Слюдянская РБ»

(ФИО руководителя)

« ____ » _____ 20__ г.

Организация: ОГБУЗ "Слюдянская РБ"

РАСЧЕТНЫЙ ЛИСТОК ЗА _____ 20__ г.

Ф.И.О. работника (табельный номер)

Организация: ОГБУЗ "Слюдянская РБ"

Подразделение: _____

К выплате:

Должность: _____

Оклад (тариф): _____ (в руб.коп.)

(код) Источник финансирования

Вид	Период	Рабочие		Оплачено	Сумма	Вид	Период	Сумма
		Дни	Часы					
Начислено:						Удержано:		
Должностной оклад						НДФЛ		
Премии						Добровольные страховые взносы в ПФР (фиксированной суммой)		
Оплата отпуска по календарным дням						Выплачено:		
Оплата повышения квалификации, обучения и т.п. по среднему заработку						Выплата зарплаты		
Прочие виды выплат						Выплата аванса		
Районный коэффициент								
Процентная надбавка (северная, в южных районах)								
Командировка								

Долг предприятия на начало _____ Долг предприятия на конец _____

(код) Источник финансирования

Вид	Период	Рабочие		Оплачено	Сумма	Вид	Период	Сумма
		Дни	Часы					
Начислено:						Удержано:		
Должностной оклад						НДФЛ		
Командировка						Выплачено:		
Оплата отпуска по календарным дням						Выплата зарплаты		
Прочие виды выплат						Выплата аванса		
Районный коэффициент								
Процентная надбавка (северная, в южных районах)								

Долг предприятия на начало _____ Долг работника на конец _____

Итого по всем статьям финансирования

Долг предприятия на начало _____ Долг работника на конец _____

Общий облагаемый доход: _____

ПУТЕВОЙ ЛИСТ ЛЕГКОВОГО АВТОМОБИЛЯ

№ _____

«__» _____ 20__ г. (серия) _____ (номер)

Срок действия «__» _____ г. по «__» _____ г.

Организация ОГБУЗ "Слюдянская районная больница", ул. Советская, д. 23, тел. (39544) 51-7-02, ОГРН 1023802719225 (наименование, адрес, номер телефона, ОГРН)

Форма по ОКУД 0345001

по ОКПО 01925585

Марка автомобиля _____

Государственный регистрационный : _____ Номер парковки _____

Водитель _____ Табельный номер _____ (фамилия, имя, отчество)

Удостоверение N _____ Класс _____

Задание водителю

В распоряжение ОГБУЗ "Слюдянская районная больница" (наименование)

Адрес подачи _____

Дата, время выезда с парковки, ч, мин. _____

Диспетчер-нарядчик _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Дата, время возвращения на парковку, ч, мин. _____

Диспетчер-нарядчик _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Опоздания, ожидания, простои в пути, заезды на парковку и прочие отметки _____

Автомобиль _____ сдал водитель _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Место для штампа о проведении предрейсового м/осмотра водителя

М.П.

Состояние автомобиля

Предрейсовый (предметный) контроль _____ Автомобиль технически исправен

(дата) _____ (время) _____

Контролер технического состояния авто транспортных средств _____

Механик _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Показания одометра, км _____

Выезд разрешен Механик _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Автомобиль в технически исправном состоянии принял Водитель _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Горючее	марка	код
	АИ	92

Движение горючего

Выдано: по заправочному листу N _____	количество, л
Остаток: при выезде _____	
при возвращении _____	
Расход: по норме _____	
фактический _____	
Экономия _____	
Перерасход _____	
Автомобиль принял. Показания одометра при возвращении на парковку, км _____	
(дата) _____ (время) _____	
Механик _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)	

Номер по порядку	Код заказчика	Место		Время				Пройдено, км	Подпись лица, пользовавшегося автомобилем
		отправления	назначения	выезда		возвращения			
				ч	мин.	ч	мин.		

Результат работы автомобиля за смену:

всего в наряде, ч _____

пройдено, км _____

Место для штампа о проведении послерейсового м/осмотра водителя

Расчет произвел _____ (должность) _____ (подпись)

Расчет заработной платы:

за километраж, руб. коп. _____

за часы, руб. коп. _____

Итого, руб. коп. _____

_____ (расшифровка подписи)