

Приложение № 1
к Договору о предоставлении
технических средств реабилитации
во временное пользование
на платной основе
№ ____ от _____ г.

**Акт приема-передачи (передачи) во временное пользование технических средств
реабилитации**

№ ____ от «__» _____ 20__ г.

Краевым государственным бюджетным учреждением социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания населения «Дзержинский», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Кривошеевой Натальи Александровны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина,

признанного нуждающимся в социальном обслуживании)

именуемый в дальнейшем «Заказчик» _____

(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность Заказчика)

проживающий по адресу: _____

(адрес места жительства Заказчика)

в лице _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя Заказчика)

(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя Заказчика)

действующего на основании _____

(основание правомочия: решение суда и др.)

проживающий по адресу: _____

(адрес места жительства законного представителя Заказчика)

с другой стороны, в дальнейшем именуемые Стороны, составили акт о нижеследующем:

1. Во исполнение условий Договора от «__» _____ 20__ г. № ____ о предоставлении технических средств реабилитации во временное пользование, Исполнитель передал, а Заказчик принял переданные во временное пользование следующие технические средства реабилитации:

№ п/п	Наименование ТСР	Номенклатурный номер	Количество	Оценочная стоимость ТСР (руб.)	Стоимость тарифа проката ТСР за сутки (руб.)
Итого					

2. Технические средства реабилитации, перечисленные в пункте 1 настоящего акта, в момент передачи находятся в исправном состоянии. Исправность технических средств реабилитации проверена в присутствии Заказчика.

3. Заказчик ознакомлен с правилами эксплуатации и техники безопасности.

Настоящий акт составлен в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

Исправность и передачу технических средств реабилитации подтверждаю:

Исполнитель:

Краевое государственное бюджетное
учреждение социального обслуживания
«Комплексный центр социального
обслуживания населения «Дзержинский»
Адрес: 663700, Красноярский край,
Дзержинский район, с. Дзержинское,
ул. Есенина, д. 2
тел.8 (39167) 9-02-51,
e-mail: kcsn27@bk.ru
ИНН 2410003471
КПП 241001001
минфин края (КГБУ СО «КЦСОН
«Дзержинский» л/с 71192Щ77331)
Банк получателя: ОТДЕЛЕНИЕ
КРАСНОЯРСК БАНКА РОССИИ//УФК по
Красноярскому краю г. Красноярск
р/сч: 03224643040000001900
к/сч: 40102810245370000011
БИК 010407105

Директор КГБУ СО «КЦСОН
«Дзержинский»

_____/Н.А. Кривошеева/
« ____ » _____ 20 г.

МП

Заказчик:

(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Документ, удостоверяющий личность:

(реквизиты документа, удостоверяющего
личность)

Адрес:

Законный представитель: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного
представителя Заказчика)

Документ, удостоверяющий личность:

(реквизиты документа, удостоверяющего личность
представителя)

Адрес:

_____/_____/_____
« ____ » _____ 20 г.