

PHÒNG KHÁM NHA KHOA
5TML

SỐ HÓA ĐƠN :
NGÀY:

HÓA ĐƠN DỊCH VỤ

Họ tên khách hàng:

CCCD:

Ngày sinh:

Giới tính:

Địa chỉ:

STT	Dịch vụ điều trị	Đơn vị tính	Đơn giá	Số lượng	Thành tiền

Chữ ký xác nhận

Tổng thanh toán: