

Date De La Facture :	13/04/2023	Code De Client :	Facture De :	Envoyer A :
Numero De La Facture :		CCAFR000014		
Mode De Paiement :	Cash Basis	Nom De Client :		
Coissier(e) Vendeu(se)	-No Sales Employee-	Hospital De District De Begoua Numero De Client :		
		+236 75203167		

S.No	Designation	Nombre des comprises	Quantite	Remise[%]	Prix Unitaite	Prix Total FCFA
1	Multivitamin Syrup	1X1	10	0.00	300.00	3,000.00
2	Hematinic Syrup of Iron, Zinc and B-Complex	1X1	10	0.00	650.00	6,500.00
3	Diclofenac Gel BP 1%	1X1X12	4	0.00	3,000.00	12,000.00
4	Amoxicilina De Sodio 1 g Po para injecao (LUMOX)	1X50	3	0.00	12,500.00	37,500.00

Solde de clôture : 59,000.00

Total :	CFA 59,000.00
Prix Hors Taxe :	CFA 0.00
Prix Total :	CFA 59,000.00

Signature autorisée :