

<b>ALLIANCE PHARMA</b> Tel: 80130610 RCCM: NE/NIM/01/2024/B14/00004 NIF: 37364/R BP: 11807 Adresse: NIAMEY		<b>FACTURE PROFORMA</b>  N° 493 Date: 09/10/2025
---	---	---

Login: Abdoul	Client: PHARMACIE SAID NIF: 16487 Adresse: COMMUNE 1 Téléphone: 91253862
---------------	---

Désignation	Qté	P.U.	Expiration	Montant
AERIUS B15	59	16202	N/A	955918
ANTIBIOSYNALAR	80	16202	N/A	1296160
ALMAX SUSP BUV	11	16202	N/A	178222
CLOPIDOGREL GH 75MG CP B30	35	16202	Invalid Date	567070
BIPRETERAX 1025	50	16202	N/A	810100

RÉSUMÉ FINANCIER

Montant HT:	3 807 470 CFA
Timbre Fiscal:	200 CFA
ISB/Précompte (2%):	76 153 CFA

MONTANT TOTAL TTC: 3 883 823 CFA

Nombre d'articles: 5  
\* Montants en francs CFA

Cette facture proforma est valable 30 jours à compter de sa date d'émission.  
Elle ne constitue pas une facture définitive et n'a aucune valeur comptable.

Le Gestionnaire