

<b>ALLIANCE PHARMA</b> Tel: 80130610 RCCM: NE/NIM/01/2024/B14/00004 NIF: 37364/R BP: 11807 Adresse: NIAMEY		<b>FACTURE DE VENTE N°</b> <b>1718-2025</b> Date: 17/09/2025
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

Login: test	Client: DISTRICTE 1 NIF: NA Adresse: YANTALA COMMUNE 1 Téléphone: 96592939
-------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Désignation	Qté	P.U.	Remise	Expiration	Montant
BIMALARIL 80MG480MG B6	15	1774.00	0.00	Invalid Date	26610.00

RÉSUMÉ FINANCIER

Montant HT:	26610.00 CFA
ISB/Précompte (2%):	532.20 CFA
Timbre Fiscal:	200.00 CFA

**TOTAL TTC:** 27342.20 CFA

Moyen de paiement: E  
Nombre d'articles: 1  
\* Montants en francs CFA

Arrêté la présente facture à la somme de :  
vingt-sept mille trois cent quarante-undefined francs CFA

Le Gestionnaire