

HOPITAL GENERAL DE DOUALA BP: 4856 DOUALA, CAMEROUN		NOM PATIENT			
Facture du DD/MM/YYYY A HH:MM:SS					
DOSSIER No: XXXXXXXXXX					
Entré(e) le DD/MM/YYYY Sorti(e) le DD/MM/YYYY					
MEDECIN SERVICE_MEDECIN					
Date	Actes	P.U	Qté	TVA	TOTAL