

Комунальна установа
“Міська стоматологічна поліклініка №5”
м. Одеси

Bill receipt

Customer name _____

Customer address _____

Date _____

№	Particulars	Quantity	Price	Total Amount

Additional notes



Company stamp



Authorized signatures

65069, Україна, м. Одеса

вул. Заболотного 27

email: marina150487rr@gmail.com

<http://gsp5.odessa.ua>