

Nomor : INV-0027205

Sudah terima dari : TN. ICHWANUDIN THOHIR

Sejumlah : seratus sepuluh ribu rupiah

Untuk Pembayaran : Biaya Pemeriksaan / Tindakan / Obat

Daftar Pemberian Obat

02174711292 I kliniktioamandiri456@amail.com

CEFADROXYL 125 MG/60ML SYRUP 1

PARAMOL 500 MG **DEXTAMIN TAB**

MUCOPECT 30 MG TAB

SACCHARIN TAB AUR.

Diagnosis :

Pro: MUHAMMAD AL FATIH

Jumlah Rp 110.000

KOTA , 10 Agustus 2023 TANGERANG

SELATAN