Date : 2023

To

**Nama :**

**Umur :**

**Alamat :**

 **KLINIK PRATAMA LAA-TACHZAN**

Jl. Bypass Kliwed lama Kec. Kertasemaya Kab. Indramayu

Provinsi Jawa Barat 45274

Telp (0234) 7141496 Email: [kliniklaatachzan@gmail.com](mailto:kliniklaatachzan@gmail.com)

Klinik Laa-Tachzan dalam naungan PT. RAPRI FAMILI PUTRA

**NOTA PEMBAYARAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | QUANTITY | DESCRIPTION | PRICE | AMOUNT |
| 1 |  | ${placeholder} | ${payment} |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | TOTAL  PAYMENT : |  |

PENERIMA

\_\_\_\_\_TERIMAKASIH\_\_\_\_\_

(CAP/TTD)

\* Invoice ini merupakan tanda terima pembayaran resmi setelah di stempel oleh kasir

\* Terimakasih atas kepercayaan melakukan pemeriksaan di KlinikLaaTachzan