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 |  | Ruangan |  |  |
| 2 |  | Assesment Awal |  |  |
| 3 |  | Pendaftaran |  |  |
| 4 |  | Infus Set DEWASA+ Tindakan |  |  |
| 5 |  | Tindakan Perawat |  |  |
| 6 |  | Paket Obat DAN INFUS /hari |  |  |
| 7 |  | Assesment dan Visite Dokter |  |  |
| 8 |  | Obat Pulang |  |  |
| 9 |  | EKG |  |  |
| 10 |  | Cek Darah Lengkap |  |  |
| 11 |  | Fisioterapi |  |  |
| 12 |  | Tindakan Tambahan |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 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