

# INVOICE PEMBAYARAN

**Pasien:** Ani  
**Dokter:** Dr. Emilia Fresia  
**Tanggal:** 2025-08-04 06:49:25

**Detail Tindakan**

Nama Tindakan	Harga
Tes Kehamilan	Rp 30.000

**Obat**

No	Nama Obat	Jumlah	Harga Total
1	Aspirin	1	Rp 1.800

**Total Bayar:** Rp 32  
**Metode Bayar:** Tunai

-- Terima kasih telah berkunjung --