

CLINIQUE CHIVA

ZRA N° 54

Tel: 525 80 80 Fax: 525 34 35

ORIGINAL



FACTURE N°: 11201305132010032

DU: 2013-05-13

NUM PATIENT : 201305132009512

NOM PRENOM : baba baba

ACTE	NBR	TARIF
famille pres1 acte1	1	1300.0

TOTAL HT	TOTAL TVA	TOTAL TTC	TAUX REMISE /QPC %	TAUX REMISE CASH	MONTANT REMISE	AVANCE
1300.0	0.0	1300.0	5	30	190.38	0.0
NET A PAYER						1109.62

MODE REGLEMENT	DESCRIPTION	DATE REGLEMENT	MONTANT
Cash		2013-05-13	459.62
PC	categorie21	2013-05-13	650.0

Facture imprimée par baba