



- Goma  Kiwanja  Lubumbashi  Kin  Kisangani  Tshopo  Bukavu

## COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **BIRIYANGA AMANI Charline** DEPARTEMENT : **Comptabilité**

FONCTION : **Assistante compt.** INTERIM : -

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **13/01/2025**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **03/02/2025**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **04/02/2025**

Nombre des jours total : **15 jours** contrôle : .....Reste : **OK**

Raison d'absence :

**Vacances**

- Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)  
 Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)  
 Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)  
 Naissance d'un enfant (2jours)  
 Mariage d'un enfant (1jour)  
 Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

- AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 12/01/2025

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

POUR L'ADMINISTRATION

OSEE BAGISHE BUHENDWA

Admin Sec. And Human Resource Manager





- Goma  Kiwanja  Lubumbashi  Kin  Kisangani  Tshopo  Bukavu

## COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **BIRIYANGA AMANI Charline** DEPARTEMENT : **Comptabilité**

FONCTION : **Assistante compt.** INTERIM : -

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **02/10/2023**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **18/10/2023**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **19/10/2023**

Nombre des jours total : **15 jours** contrôle : ..... Reste : **OK**

Raison d'absence :

**Vacances**

- Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)  
 Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)  
 Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)  
 Naissance d'un enfant (2jours)  
 Mariage d'un enfant (1jour)  
 Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

- AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 02/09/2023

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

POUR L'ADMINISTRATION





- Goma    Kiwanja    Lubumbashi    Kin    Kisangani    Tshopo    Bukavu

### COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **BIRIYANGA AMANI Charline** DEPARTEMENT : **Comptabilité**

FONCTION : **Assistante compt.** INTERIM : -

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **11/10/2024**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **11/01/2025**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **13/01/2025**

Nombre des jours total : **3 mois** contrôle : .....Reste : **OK**

Raison d'absence :

**Vacances**

- Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

- AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 30/09/2024

S. Charline  
S. Charline Signature de l'Employé

POUR L'ADMINISTRATION

OSEE BAGISNE BUEHENDWA Admin Sec. And Human Resource Manager



Goma  Kiwanja  Lubumbashi  Kin  Kisangani  Tshopo

### COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **AMANI BARIYANGA Charline** DEPARTEMENT : **comptabilité**

FONCTION : **Assistante Comptable** INTERIM: **NDWALI KAHINDO Rachel.**

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **02/09/2024**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **19/09/2024**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **20/09/2024**

Nombre des jours total : **15 jours** contrôle : .....Reste : **OK**

Raison d'absence :

**Vacances**

Maladie/accident

Raison familiale :

Mariage de l'employé (2jours)

Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)

Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)

Naissance d'un enfant (2jours)

Mariage d'un enfant (1jour)

Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

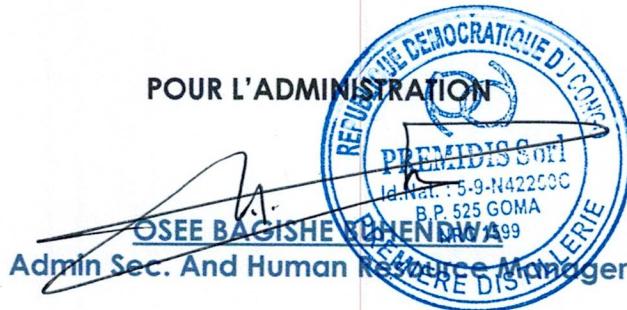
L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 28/08/2024

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

POUR L'ADMINISTRATION



# PREMIDISS S.A.R.L

ROUTE Aéroport N°20 OBUJOU, GRAND KALISIMBI, GOMA, DRCONGO  
N° R.C.C.M du siège : CB/GOM/RCCM/14-B-G203

## BON DE SOINS MEDICAUX N°11/04/2023

Nom de l'Employé(e) : BARIYANGA CHARLINE AMANI

Fonction : Ass. Comptable

Nom du patient : BARIYANGA CHARLINE AMANI

Age : 29 ans

Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)  
Epoux (se)  
Enfant



Date : Le 22 /04/2023

## Approbation de la Direction

  
Osée BUTENDWA

Tél : +243 999995240

  
Zébédée MINWAMBOHORO





REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
PROVINCE DU NORD-KIVU  
DIOCESE DE GOMA  
HGR CHARITE MATERNELLE  
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

DER022798	FACTURE			GOMA
DERMATOLOGIE				24/04/2023
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>			PREMIDIS S.A.R.L	
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,000	10,000
<b>Grand Total en USD</b>			<b>10,000</b>	

Bon Med.  
OK

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

*Signature*  
CHARLINE

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

MED022943

MED. INTERNE

# FACTURE

GOMA

24/04/2023

PREMIDIS S.A.R.L

*Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :*

No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,000	10,000
<b>Grand Total en USD</b>				<b>10,000</b>

Bon Med.

11/04/2023

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

*Signature de Charline*



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
PROVINCE DU NORD-KIVU  
DIOCESE DE GOMA  
HGR CHARITE MATERNELLE  
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB949210	FACTURE		GOMA
MED. INTERNE			24/04/2023
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>		PREMIDIS S.A.R.L	
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.
1	NFS	1	20,00
2	CRP quantitative	1	15,00
3	RX Thorax face	1	20,00
4	RF Rhumatism factor quant	1	15,00
Grand Total en USD			70,00
Bon Med.			11/04/2023

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

*CB CHARLINE*



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
PROVINCE DU NORD-KIVU  
DIOCESE DE GOMA  
HGR CHARITE MATERNELLE  
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD571094	FACTURE	GOMA		
MED. INTERNE		24/04/2023	PREMIDIS S.A.R.L	
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qté	P.Unit.	P.Total
1	Deep heat 15gr	1,00	7,80	7,800
2	DERMACIDAL 125ml	1,00	2,34	2,340
3	SEKALGIC	12,00	0,75	9,048
4	Unidine-m	1,00	1,30	1,300
Grand Total en USD				20,488

Bon Med.  
11/04/2023

ven., 28 avr. 2023 12:16:36 +0100

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

Copy right Ir Espoir MITIMITI@2022



# PREMIDISSA S.A.R.L.

ROUTE AÉROPORT N°20, QUARTIER KARISIMBI, GOMA, DRC CONGO

N.R.C.C.M du siège: CD/GOM/RCCM/14-B-OFO3  
N.B.: Ofo3 en RD Congo

Nom de l'Employé(e) : BARIYANGA CHARLINE AMANI

Fonction : Ass. Comptable

Nom du patient : BARIYANGA CHARLINE AMANI

Age : 29 ans

Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)  
Epoux (se)  
Enfant

Date : Le 22/04/2023

Approbation de la Direction

Osee BUHENDWA

Tél : +243996995240



Zebédée MUNYAMAHORO

P.O

**PREMIDIS**  
S.A.R.L

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N° 04/01//2023

Nom de l'Employé(e) : **BARIYANGA CHARLINE**  
Nom du patient : **MIRANDA KWEZI WA MUJINYA**

Fonction : Ass. Comptable  
Age 1ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

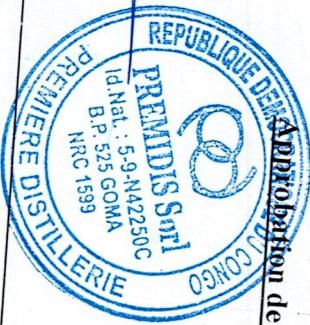
Enfant



Date : le 06/01/2023

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA



Zébédée MUNYAMAHORO



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
PROVINCE DU NORD-KIVU  
DIOCESE DE GOMA  
HGR CHARITE MATERNELLE  
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 11 GISENYI fonctionnelle

HOSPII7961

PEDIATRIE

**FACTURE**

06/01/2023

PREMIDIS S.A.R.L

*Mr, Mme, Mlle, MIRANDA KWEZI WA MUJINYA ( N° Bon :  
04/01/2023) doit pour ce qui suit :*

LIBELLE		P.Total
Consommables		2.0
Consultation		15.0
Hospitalisation		10.0
Imprimés		2.0
LABORATOIRE		41.0
Medicament		20.406
Nursing		5.0
Tour Des Salles		3.0
<b>Montant Facturé</b>	<b>Caution</b>	<b>Tot. Rembourser</b>
<b>98.406 USD</b>	<b>0.0 USD</b>	<b>0,000</b>
		<b>Tot. à Payer</b>
		<b>98.406 USD</b>

**Détails sur la rubrique Hospitalisation**

No.	CHAMBRE	Nbre.Jr	P.Unit.	P.Total
1	URGENCE	1	10.0	10.0 USD

Détails hospitalisation **10.0 USD**

**TOTAL GENERAL A PAYER****98.406 USD**

NOM DU PATIENT ET N° BON: MIRANDA KWEZI WA MUJINYA ( N° Bon :  
VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



Imprimé à Goma, le 06/01/2023

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
PROVINCE DU NORD - KIVU**

**HOPITAL PROVINCIAL DU NORD-KIVU  
B.P. 576 GOMA**

**FACTURE N° 036 /HPNK/2023**

L'enfant MIRANDA KWEZI WA MUJINYA doit payer la somme de **579.0\$** (Dollars Américains CINQ CENT SEPTANTE NEUF) à l'HPNK/ Goma, suite à la prise en charge en soins médicaux.

Qté	DESIGNATION	P U	MONTANT TOTAL EN \$USD
1	Intervention Majeure A	-	579.0\$
<b>TOTAL GENERAL</b>		-	<b>579.0\$</b>

Fait à Goma, le 10 Janvier 2023

Pour L'HPNK GOMA

Comptable

*E. Taraja*

Mme Taraja

DAF

*[Signature]*

Mr Janvier BAKULU



Médecin Directeur

Dr MATATA Sébastien

Vu ce 10/01/2023  
*[Handwritten signatures and marks over the stamp area]*

*[Handwritten signature]*



# PREMIDIS SARL



COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRCONGO

Route Aéroport N 20. Q.BUJOVU. C/ de KARISIMBI; Ville de GOMA, Prov. du Nord-Kivu en R.D.Congo  
N R.C.C.M du siège: CD/GOM/RCCM/14-B-0203

Goma

Kiwanja

## COMMUNICATION D'ABSENCES / 2023

NOM ET PRENOM : CHARLINE BARIYANGA DEPARTEMENT : COMPTABILITE

FONCTION : ASS. COMPTABLE INTERIM : -

PREMIER JOUR D'ABSENCE : 07 /01 /2023

DERNIER JOUR D'ABSENCE : 20 /1/2023

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : 21/01/2023

Nombre des jours total : **10 Jours** contrôle : ..... Reste : **OK**  
Raison d'absence :

- Vacances  
 Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)  
 Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)  
 Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)  
 Naissance d'un enfant (2jours)  
 Mariage d'un enfant (1jour)  
 Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : **10/01/2023** SIGNATURE DE L'EMPLOYE :

POUR L'ADMINISTRATION

**OSEE BAGISHE BUHENDWA**  
Admin Sec. And Human Resource Manager





# PREMIDIS SARL



COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DR CONGO

Route Aéroport N° 20. Q.BUJOVU. C/ de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov. du Nord-Kivu en R.D.Congo  
N.R.C.C.M du siège: CD/GOM/RCCM/14-B-O203

Goma   Kiwanja

## COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **BARIYANGA CHARLINE** DEPARTEMENT : **FINANCES**

FONCTION : **ASS. CASHIER** INTERIM: **ALAIN SHEMA**

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **28/06/2021**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **19/07/2021**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **20/07/2021**

Nombre des jours total : **13 Jours** *20* contrôle : ..... Reste : **OK**

Raison d'absence :

- Vacances**
- Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)**
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

**AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.**

DATE : 26/06/2021 SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ : *S. Shema*

**POUR L' ADMINISTRATION**

**OSEE BAGISHE BUHENDWA**  
**Admin Sec. And Human Resource Manager**





# PREMIDIS SARL



COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRCONGO

Route Aéroport N 20. Q.BUJOVU, C/ de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov. du Nord-Kivu en R.D.Congo  
N R.C.C.M du siège: CD/GOM/RCCM/14-B-0203

Goma   Kiwanja

## COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : CHARLINE BARIYANGA DEPARTEMENT : COMPTABILITE

FONCTION: Ass. Comptable

INTERIM : RACHEL

PREMIER JOUR D'ABSENCE : 26/03/2022

DERNIER JOUR D'ABSENCE : 30/05/2022

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : 01/06/2022

Nombre des jours total : 2 mois contrôle : ..... Reste : OK

Raison d'absence :

- Vacances  
 Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)  
 Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)  
 Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)  
 Naissance d'un enfant (2jours)  
 Mariage d'un enfant (1jour)  
 Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 25/03/2022 SIGNATURE DE L'EMPLOYE :

POUR L'ADMINISTRATION

OSEE BAGISHE BUHENDWA  
Admin Sec. And Human Resource Manager



# PREMIDIS SARL

COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRCONGO

Route Aéroport N° 20, Q.BUJOVU, C/ de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov. du Nord-Kivu en R.D.Congo  
N.R.C.C.M du siège: CD/GOM/RCCM/14-B-0203

Goma   Kiwanja

## COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : CHARLINE BARIYANGA DEPARTEMENT : COMPTABILITE

FONCTION: Ass. Comptable

INTERIM : RACHEL

PREMIER JOUR D'ABSENCE : 26/03/2022

DERNIER JOUR D'ABSENCE : 30/05/2022

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : 01/06/2022 *12/06/2022*

Nombre des jours total : 2 mois contrôle : ..... Reste : OK

Raison d'absence :

- Vacances  
 Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)  
 Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)  
 Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)  
 Naissance d'un enfant (2jours)  
 Mariage d'un enfant (1jour)  
 Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 25/03/2022 SIGNATURE DE L'EMPLOYE : *S. Mambwe*

POUR L'ADMINISTRATION

OSEE BAGISHE BUHENDWA  
Admin Sec. And Human Resource Manager



PREMIDIS  
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 08/05/2022

Nom de l'Employé(e) : CHARLINE BARIYAGA Fonction : Ass. Comptable  
Nom du patient : CHARLINE BARIYAGA Age : 28 ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Date : le 18/05/2022

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA



Zébédée MUNYAMAHORO

*[Handwritten signature in pink ink]*

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

GYN014790

# FACTURE

GOMA

20/05/2022

PREMIDIS S.A.R.L

*Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :*

No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,000	10,000
<b>Grand Total en USD</b>				<b>10,000</b>

Bon Med.

08/05/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB82119	FACTURE		GOMA 20/05/2022
GYNECOLOGIE			PREMIDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>			
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.
1	Frottis vaginal FV(FU) + Gram	1	10,00
<b>Grand Total en USD</b>			<b>10,00</b>

**Bon Med.**

08/05/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
PROVINCE DU NORD-KIVU  
DIOCESE DE GOMA  
HGR CHARITE MATERNELLE  
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD33782	FACTURE	GOMA		
GYNECOLOGIE		27/05/2022	PREMIDIS S.A.R.L	
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	PRENATAL DHA Com 500mg	90	0,52	46,80
2	MICROLUT 0,03mg	15	0,07	0,97
3	VAGIKLIN OV	7	0,77	5,37
Grand Total en USD			53,14	

Bon Med.

08/05/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
PROVINCE DU NORD-KIVU  
DIOCESE DE GOMA  
HGR CHARITE MATERNELLE  
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD33905	FACTURE	GOMA 30/05/2022		
GYNECOLOGIE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	MICROLUT 0.03mg	50	0,07	3,25
<b>Grand Total en USD</b>				<b>3,25</b>

Bon Med.

08/05/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

**PREMIDI  
S.A.R.L**

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N° 14/07/2022

Nom de l'Employé(e) : CHARLINE BARRYAGA      Fonction : Ass. Comptable  
Nom du patient : MIRANDA KWEZI WA MUJINYA      Age 2 mois      Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant



Date : le 13/07/2022

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA

Zébédée MUNYAMAHORO

**PREMIDIS  
S.A.R.L**

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N° 14/07//2022

Nom de l'Employé(e) : CHARLINE BARIYAGA  
Nom du patient : MIRANDA KWEZI WA MUJINYA

Fonction : Ass. Comptable  
Age 2 mois Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Date : le 13/07/2022

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA

Zébédée MUNYAMA HORO



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle



PED016019

PEDIATRIE

# FACTURE

GOMA

14/07/2022

PREMIDIS S.A.R.L

*Mr, Mme, Mlle, MIRANDA KWEZI WA MUJINYA doit pour ce qui suit :*

No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,000	10,000
<b>Grand Total en USD</b>				<b>10,000</b>

Bon Med.

14/07/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD36909	FACTURE		GOMA 14/07/2022	
PEDIATRIE			PREMIDIS S.A.R.L	
<i>Mr, Mme, Mlle, MIRANDA KWEZI WA MUJINYA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Promethazine Antiist simple 100ml	1	1,43	1,43
2	MARIMER(sterimar) 50 ML	1	13,00	13,00
Grand Total en USD				14,43

Bon Med.

14/07/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
PROVINCE DU NORD-KIVU  
DIOCESE DE GOMA  
HGR CHARITE MATERNELLE  
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

PED016259	FACTURE		GOMA 27/07/2022
PEDIATRIE			PREMIDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, MIRANDA KWEZI WA MUJINYA doit pour ce qui suit :</i>			
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.
1	Consultation	1,00	10,000
Grand Total en USD			10,000

Bon Med.  
OK

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
PROVINCE DU NORD-KIVU  
DIOCESE DE GOMA  
HGR CHARITE MATERNELLE  
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB92534	FACTURE	GOMA 27/07/2022		
PEDIATRIE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>M. Mme, Mlle, MIRANDA KWEZI WA MUJINYA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	CRP quantitative	1	15,00	15,00
2	EDS	1	3,00	3,00
3	NFS	1	20,00	20,00
Grand Total en USD				38,00

Bon Med.

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

OK

## REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD37662	<b>FACTURE</b>	GOMA		
PEDIATRIE		27/07/2022		
		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mme, Mme, Mme, MIRANDA KWEZI WA MUJINYA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	CLAMOXYL SIROP 125mg	1	2,48	2,48
2	Pedifen Sirop 100mg/ 5ml	1	4,03	4,03
<b>Grand Total en USD</b>				<b>6,51</b>

Bon Med.

VOTRE SANTE, NOTRE PREOcupation

OK

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD37635	<b>FACTURE</b>	GOMA		
PEDIATRIE		27/07/2022		
		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mme, Mme, Mme, MIRANDA KWEZI WA MUJINYA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Promethazine Antiist simple 100ml	1	1,43	1,43
2	Efferalgan sirop 3%	1	2,34	2,34
<b>Grand Total en USD</b>				<b>3,77</b>

Bon Med.

VOTRE SANTE, NOTRE PREOcupation

**PREMIDIS**  
S.A.R.L

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N° 01/09/2022

Nom de l'Employé(e) : CHARLINE BARIYAGA Fonction : ASS. COMPTABLE

Non du patient : CHARLINE BARIYAGA Age : 28ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Approbation de la Direction

Date : le 01/09/2022



Osée BUHENDWA

Zébédée MUNYAMAHORO

*(Signature)*

*(Signature)*

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

GYN017191	FACTURE		GOMA
GYNECOLOGIE		02/09/2022	
		PREMIDIS S.A.R.L	
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>			
No.	LIBELLE	Qte	P.Total
1	Consultation	1,00	10,000
Grand Total en USD			<b>10,000</b>

**Bon Med.**

01/09/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

**PREMIDIS  
S.A.R.L**

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N° 01/09/2022

**Nom de l'Employé(e) : CHARLINE BARIYAGA Fonction : ASS. COMPTABLE**

**Nom du patient : CHARLINE BARIYAGA Age : 28ans Sexe : F**

**Relation avec l'employé(e) :**

**Employé(e)**

Epoux (se)

Enfant

**Date : le 01/09/2022**

**Approbation de la Direction**

**Osée BUHENDWA  
Zébédée MUNYAMAHORO**



**PREMIDIS**  
**S.A.R.L**

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N° 13/10//2022

**Nom de l'Employé(e) : BARIYANGA CHARLINE Fonction : Ass. Comptable**  
**Nom du patient : MIRANDA RWEZI WA MUJINYA Age : 6 Sexe : Mois**

**Relation avec l'employé(e) :**

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Date : Le 22/10/2022

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA

Zébédée MUNYAMAHORO



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
PROVINCE DU NORD-KIVU  
DIOCESE DE GOMA  
HGR CHARITE MATERNELLE  
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle



PED018261	FACTURE		GOMA 22/10/2022	
PEDIATRIE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, MIRANDA KWEZI WA MUJINYA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,00	10,00
Grand Total en USD				10,00
Bon Med. 13/10/2022		VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION		

## REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD43418	<b>FACTURE</b>	GOMA		
PEDIATRIE		22/10/2022		
		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, MIRANDA KWEZI WA MUJINYA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Paidoterin 100ml	1	6,24	6,24
2	MARIMER(sterimar) 50 ML	1	13,00	13,00
3	CIFIN-DX Gtte 0.3%/0.1%	1	1,01	1,01
<b>Grand Total en USD</b>				<b>20,25</b>

**Bon Med.**

13/10/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLICHE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

OPH018252

**FACTURE**

GOMA

22/10/2022

OPHTALMOLOGIE

PREMIDIS S.A.R.L

*Mr, Mme, Mlle, MIRANDA KWEZI WA MUJINYA doit pour ce qui suit :*

No.	LIBELLE	Ote	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,00	10,00
<b>Grand Total en USD</b>				<b>10,00</b>

**Bon Med.**

13/10/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

PREMIDIS  
S.A.R.L

MIRANDA KWEZI WA MUJINYA  
Signature : S. Shabani

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 13/11//2022

Nom de l'Employé(e) : BARIYANGA CHARLINE AMANI Fonction : ASS comptable

Nom du patient : MIRANDA KWEZI WA MUJINYA Age : 7 mois Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)  
Epoux (se)  
Enfant



Date : Le 21/11/2022

Approbation de la Direction

Zébédée MUYANGA MAHORO

Océé BURUNDWA

**PREMIDIS**  
**S.A.R.L**

**BON DE SOINS MEDICAUX**

**N° 07 /12//2022**

**Nom de l'Employé(e) : BARIYANGA CHARLINE Amani Fonction : Ass. Comptable**

**Nom du patient : BARIYANGA CHARLINE Amani Age : 28ans Sexe : F**

**Relation avec l'employé(e) :**

**Employé(e)**

Epoux (se)

Enfant

**Date : Le 05/12/2022**

**Approbation de la Direction**

**Osée BUHENDWA**

**Zébédée MUNYAMAHORO**



***[Handwritten signature over the stamp]***

***[Handwritten signature over the stamp]***

**PREMIDIS**  
S.A.R.L

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N° 13/11/2022

Nom de l'Employé(e) : BARIYANGA CHARLINE AMANI Fonction : ASS comptable

Nom du patient : MIRANDA KWEZI WA MUJINYA Age : 7 mois Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Date : Le 21/11/2022

Approbation de la Direction

Océé BUHENDWA  
*Zébédée MUNYAKAHORO*



## REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

PED019005	FACTURE		GOMA 22/11/2022
PEDIATRIE			PREMIDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, MIRANDA KWEZI WA MUJINYA doit pour ce qui suit :</i>			
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.
1	Consultation	1,00	10,000
<b>Grand Total en USD</b>			<b>10,000</b>

**Bon Med.**

13/11/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCUPATION

## REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle



ORD45533	<b>FACTURE</b>	GOMA	
PEDIATRIE		22/11/2022	
		PREMIDIS S.A.R.L	
<i>Mr, Mme, Mlle, MIRANDA KWEZI WA MUJINYA doit pour ce qui suit :</i>			
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.
1	Celestene goutte 0.05%	1	9,10
2	Pommade camphrée 50g	1	1,30
3	Otrivin 0.05%	1	3,90
4	MARIMER(sterimar) 50 ML	1	13,00
5	VENTOLIQUE 2MG/5ML	1	0,65
Grand Total en USD			27,95

**Bon Med.**

13/11/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

## REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB.E13477	FACTURE		GOMA 22/11/2022
KINESITHERAPIE			PREMIDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, MIRANDA KWEZI WA MUJINYA doit pour ce qui suit :</i>			
No	LIBELLE	Qte	P.Unit.
1	Kine respiratoire enfant	4,00	15,00
<b>Grand Total en USD</b>			<b>60,00</b>

**Bon Med.**

OK

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD45716	<b>FACTURE</b>	GOMA 25/11/2022		
PEDIATRIE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, MIRANDA KWEZI WA MUJINYA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	GUAFLLEX 120ml	1	6,50	6,50
<b>Grand Total en USD</b>				<b>6,50</b>

Bon Med.

OK

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

**PREMIDIS  
S.A.R.L**

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N°114/11/2021

Nom de l'Employé(e) : AMANI CHARLINE Fonction : ASS. COMPT.

Nom du patient : AMANI CHARLINE Age : 27 ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (sc)

Enfant



Date : le 24/11/2021

Osée BIHENDWA



Zébédée MUNYAMAHORO

*[Large blue signature over the bottom left corner]*

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle



GYN010344	FACTURE		GOMA	
GYNECOLOGIE			25/11/2021	
			PREMIDIS S.A.R.L	
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,000	10,000
Grand Total en USD				10,000

Bon Med.

117/11/2021

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB54504	FACTURE	GOMA 25/11/2021		
GYNECOLOGIE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	chimie urinaire (BU)	1	7,00	7,00
2	Echographie Obstetricale	1	20,00	20,00
3	glycemie	1	10,00	10,00
4	HBSAG Hepatitis B Ab	1	7,00	7,00
5	HEPCL Hepatitis C viral load	1	15,00	15,00
6	NFS	1	20,00	20,00
7	RUBEOLE QUANTITATIVE	1	50,00	50,00
8	SU(Sediment Urinaire/ECBU)	1	5,00	5,00
9	Toxoplasma IGG et IGM (Quantitatif)	1	50,00	50,00
10	TPHA	1	10,00	10,00
Grand Total en USD				194,00

Bon Med.

117/11/2021

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

## REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD21269	FACTURE	GOMA 25/11/2021		
GYNECOLOGIE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	RUFENAC 30gr	1	0,39	0,39
2	PRENATAL DHA Com 500mg	90	0,52	46,80
<b>Grand Total en USD</b>				<b>47,19</b>

Bon Med.

117/11/2021

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB54623	FACTURE	GOMA 26/11/2021		
GYNECOLOGIE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
	Toxoplasma IGG et IGM (Quantitatif)	1	50,00	50,00
Grand Total en USD			50,00	

Bon Med.

117/11/2021

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

**PREMIDIS**  
**S.A.R.L**

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N° 126/12/2021

Non de l'Employé(e) : CHARLINE BARIYA Fonction : ASS COMPTABLE

Non du patient : CHARLINE BARIYA Age : 27ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant



Date : le 15/12/2021

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA

Zébédée MUNYAMAHORO



**PREMIDIS**  
**S.A.R.L.**

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N° 004/02/2022

**Nom de l'Employé(e) : CHARLINE BARIYANGA Fonction : Assistant COMPT.**

**Nom du patient : CHARLINE BARIYANGA Age : 27 ans Sexe : F**

**Relation avec l'employé(e) :**

**Employé(e)**

Epoux (sc)

Enfant

**Date : le 07/02/2022**

**Approbation de la Direction**

**Osée BUHENDWAL**

**Zébédée MUNYAMAHORO**



**Signature of Zébédée MUNYAMAHORO**

**PREMIDIS**  
S.A.R.L

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N° 004/02//2022

Non de l'Employé(e) : CHARLINE BARIYANGA Fonction : Assistant COMPT.

Non du patient : CHARLINE BARIYANGA Age : 27 ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)



Epoux (se)



Enfant



Date : le 07/02/2022

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA

Zébédée MUNYAMAHORO



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle



GYN012407	FACTURE	GOMA		
GYNÉCOLOGIE		08/02/2022		
		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,000	10,000
<b>Grand Total en USD</b>			<b>10,000</b>	

**Bon Med.**

004/02/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle



ORD25705	FACTURE	GOMA		
GYNECOLOGIE		08/02/2022		
		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	PRENATAL DHA Com 500mg	90	0,52	46,80
Grand Total en USD				46,80

Bon Med.

004/02/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

**PREMIDIS  
S.A.R.L**

**BON DE SOINS MEDICAUX**

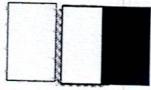
N° 006/03/2022

Nom de l'Employé(e) : CHARLINE BARIYANGA Fonction : Ass. Comptable

Relation avec l'employé(e) : Age : 28 ans Sexe : F

Employé(e)  
Epoux (se)

Enfant



Date : le 15/03/2022

**Approbation de la Direction**

Osée BUHENDWA



Zébédée MUNYAMAHORO

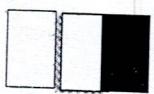


**PREMIDIS  
S.A.R.L**

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N° 006/03/2022

Nom de l'Employé(e) : CHARLINE BARIYANGA Fonction : Ass. Comptable  
Nom du patient : CHARLINE BARIYANGA Age : 28 ans Sexe : F  
Relation avec l'employé(e) :  
    Employé(e)  
    Epoux (se)  
    Enfant



Date : le 15/03/2022

**Approbation de la Direction**

Osée BUHENDWA



Zébédée MUNYAMAHORO



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle



GYN013179	FACTURE		GOMA 16/03/2022	
GYNECOLOGIE			PREMIDIS S.A.R.L	
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,000	10,000
Grand Total en USD				10,000

Bon Med.

006/03/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle



LAB71155	FACTURE	GOMA 16/03/2022		
GYNECOLOGIE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Echographie Obstetricale	1	20,00	20,00
Grand Total en USD				20,00

Bon Med.

006/03/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB72397	<b>FACTURE</b>	GOMA 23/03/2022		
YNECOLOGIE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	chimie urinaire (BU)	1	7,00	7,00
2	glycemie	1	10,00	10,00
3	SU(Sediment Urinaire/ECBU)	1	5,00	5,00
<b>Grand Total en USD</b>				<b>22,00</b>

Bon Med.

006/03/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLICHE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD29309	<b>FACTURE</b>	GOMA		
GYNECOLOGIE		25/03/2022		
		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	AMOXICLAV DENK 1000/125mg	12	0,87	10,45
<b>Grand Total en USD</b>				<b>10,45</b>

Bon Med.

006/03/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

PREMIDIS  
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 01/04/2022

Nom de l'Employé(e) : CHARLINE BARIYAGA Fonction : ASS. COMPTABLE

Nom du patient : CHARLINE BARIYAGA Age : 28ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (sc)

Enfant

[REDACTED]

Date : le 01/04/2022

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA

PREMIDIS S.A.R.L

\* N° RECOGNITION 14-B-9003

B.P. 525 GOMA

REPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

PREMIERE DISTILLERIE

Zébédée MUNYAMAHORO



**PREMIDIS**  
S.A.R.L

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N° 08/05//2022

Nom de l'Employé(e) : CHARLINE BARIYAGA Fonction : Ass. Comptable

Nom du patient : CHARLINE BARIYAGA Age : 28 ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Date : le 18/05/2022

**Approbation de la Direction**

Osée BUHENDWA

Zébédée MUNYAMAHORO




PREMIDI  
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 01/04/2022

Nom de l'Employé(e) : CHARLINE BARIYAGA Fonction : ASS. COMPTABLE

Nom du patient : CHARLINE BARIYAGA Age : 28ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date : le 01/04/2022

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA



Zébédée MUNYAMAHORO

PREMIERE DISTILLERIE

## REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB74539	FACTURE	GOMA 04/04/2022
GYNECOLOGIE		PREMDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>		
No.	LIBELLE	Qte P.Unit. P.Total
1	chimie urinaire (BU)	1 15,00 15,00
2	SU(Sediment Urinaire/ECBU)	1 5,00 5,00
Grand Total en USD		20,00

Bon Med.

01/03/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

GYN013609	FACTURE		GOMA 04/04/2022	
GYNECOLOGIE			PREMIDIS S.A.R.L.	
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10.000	10.000
Grand Total en USD				10.000

Bon Med.

01/03/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

## REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD31374	<b>FACTURE</b>	GOMA		
GYNECOLOGIE		25/04/2022		
		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Positon Creme 30gr	1	5,46	5,46
2	Efferalgan sirop 3%	1	2,34	2,34
<b>Grand Total en USD</b>				<b>7,80</b>

**Bon Med.**

01/03/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



HOSPI12602

GYNECOLOGIE

**FACTURE**

22/04/2022

PREMIDIS S.A.R.L

*Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :*

<b>LIBELLE</b>		<b>P.Total</b>
Accouchement dyst		40.0
Consommables		2.0
Consultation Nouveau Né		5.0
Hospitalisation		60.0
Imprimés		2.0
Medicament		16.228
Nursing		8.0
Tour Des Salles		2.0
<b>Montant Facturé</b>	<b>Caution</b>	<b>Tot. Rembourser</b>
<b>135.228 USD</b>	<b>0.0 USD</b>	<b>0,000</b>
		<b>Tot. à Payer</b>
		<b>135.228 USD</b>

**Détails sur la rubrique Hospitalisation**

No.	CHAMBRE	Nbre.Jr	P.Unit.	P.Total
1	CLINIQUE 2	2	30.0	60.0 USD

Détails hospitalisation **60.0 USD****TOTAL GENERAL A PAYER** **135.228 USD****NUMERO DU BON :**

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

**Imprimé à Goma., le 22/04/2022**

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle



GYN014293	FACTURE		GOMA 29/04/2022	
GYNECOLOGIE			PREMIDIS S.A.R.L	
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,000	10,000
Grand Total en USD			10,000	

Bon Med.

OK

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD31657	FACTURE	GOMA 29/04/2022		
GYNECOLOGIE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Cloxacilline 250mg sirop	1	1,30	1,30
2	Peitel	1	9,10	9,10
Grand Total en USD				10,40

Bon Med.

OK

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

**PREMIDIS  
S.A.R.L**

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N° 82/06/2021

**Nom de l'Employé(e) : CHARLINE BARIYANGA Fonction : ass. COMPTABLE**  
**Nom du patient : CHARLINE BARIYANGA Age : 27ans Sexe : F**

**Relation avec l'employé(e) :**

Employé(e)  
Epoux (se)

Enfant

Date : le 23/08/2021

**Approbation de la Direction**

Osée BUHENDWA

Zébédée MUNYAMAHORO



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

MED008570	FACTURE		GOMA 24/08/2021
MED. INTERNE			PREMIDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>			
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.
1	Consultation	1,00	10,000
<b>Grand Total en USD</b>			<b>10,000</b>

**Bon Med.**

82/06/2021

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

## REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB44008	<b>FACTURE</b>	GOMA 24/08/2021		
MED. INTERNE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	CRP quantitative	1	15,00	15,00
2	FL formule leucocitaire	1	3,00	3,00
3	GB globule blanc	1	3,00	3,00
4	Teste de grossesse	1	4,00	4,00
<b>Grand Total en USD</b>				<b>25,00</b>

on Med.

82/06/2021

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

GYN008552	FACTURE		GOMA 24/08/2021	
GYNECO			PREMIDIS S.A.R.L	
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,000	10,000
<b>Grand Total en USD</b>				<b>10,000</b>

Bon Med.

82/06/2021

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

## REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB44069	<b>FACTURE</b>	GOMA		
MED. INTERNE		24/08/2021		
		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Echographie Obstetricale	1	20,00	20,00
<b>Grand Total en USD</b>				<b>20,00</b>

**Bon Med.**

82/06/2021

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

## REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD16831	<b>FACTURE</b>	GOMA		
MED. INTERNE		24/08/2021		
		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	DUOSKIN 15gr	2	9,10	18,20
<b>Grand Total en USD</b>				<b>18,20</b>

**Bon Med.**

82/06/2021

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

**PREMIDIS  
S.A.R.L**

**BON DE SOINS MEDICAUX**

**N° 048/06/2021**

**Nom de l'Employé(e) : CHARLINE BARIYA Fonction : ASS COMPTABLE**

**Nom du patient : CHARLINE BARIYA Age : 27ans Sexe : F**

**Relation avec l'employé(e) :**

**Employé(e)**

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

**Epoux (se)**

**Enfant**

**Date: le 10/06/2021**

**Approbation de la Direction**



**Osée BUHENDWA**

**Zébédée MUNYAMAHORO**

*[Handwritten signature]*



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

GYN006318	FACTURE		GOMA 11/06/2021	
GYNECO			PREMIDIS S.A.R.L	
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,000	10,000
<b>Grand Total en USD</b>				<b>10,000</b>

Bon Med.  
048/06/2021

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

**PREMIDIS  
S.A.R.L**

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N° 048/06//2021

**Nom de l'Employé(e) : CHARLINE BARIYA Fonction : ASS COMPTABLE**

**Nom du patient : CHARLINE BARIYA Age : 27ans Sexe : F**

**Relation avec l'employé(e) :**

**Employé(e)**

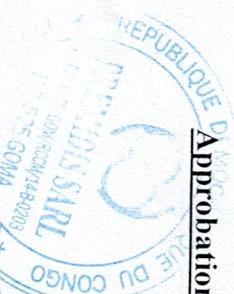
Epoux (se)

Enfant

Date: le 10/06/2021

**Approbation de la Direction**

**Osée BUHENDWA**



**Zébédée MUNYAMAHORO**

**PREMIDIS**  
**S.A.R.L**

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N° 82/06/2021

**Nom de l'Employé(e) : CHARLINE BARIYANGA Fonction : ass. COMPTABLE**

**Nom du patient : CHARLINE BARIYANGA Age : 27ans Sexe : F**

**Relation avec l'employé(e) :**

**Employé(e)**  
Epoux (se)

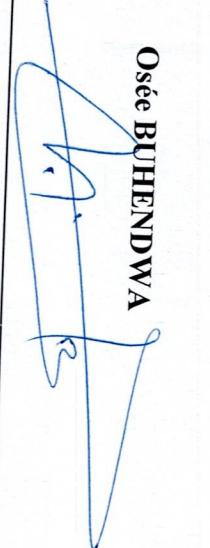
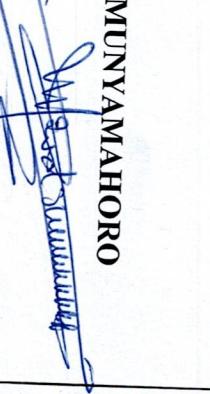
Enfant

Date : le 23/08/2021

**Approbation de la Direction**



**Osée BUHENDWA**



**PREMIDIS S.A.R.L.**

**Zébédée MUNYAMAHORO**

\* N° R.C.M.C.G. / R.C.M.C. 14-BAGNO

\* B.P. 525 - BUKAVU



REPUBLICHE DEMOCRATIQUE DU CONGO		PROVINCE DU NORD-KIVU		DIOCESE DE GOMA		HGR CHARITE MATERNELLE		B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENTI non fonctionnelle								
LAB34274		FACTURE		GOMA		GYNECO		Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARRYANGA doit pour ce qui suit :								
No.	LIBELLE	Ote	P.Unit.	P.Total	GS Rh Groupe Sanguin	HBSAG Hepatitis B Ab	HEPCL Hepatitis C Viral Load	Test d'EMMEL	Test VIH facure	Test de grossesse	TPHA	VDR	Bon Med.	Grand Total en USD	048/06/2021	VOTRE SANTE, NOTRE PROTECTION
					1	1	1	1	1	1	1	1	1	7,00	58,00	

**PREMIDIS**  
S.A.R.L

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N° 04/01/2023

Nom de l'Employé(e) : BARIYANGA CHARLINE

Fonction : Ass. Comptable

Nom du patient : MIRANDA KWEZI WA MUJINYA

Age 1 ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Date : le 06/01/2023

Approbation de la Direction



Zébédée MUNYAMAHORO

Osée BUHENDWA

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 126/12/2021

Nom de l'Employé(e) : CHARLINE BARIYA Fonction : ASS COMPTABLE

Nom du patient : CHARLINE BARIYA Age : 27ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

- Employé(e)
- Epoux (se)
- Enfant

Date : le 15/12/2021

Approbation de la Direction



Osée BUHENDWA

Zébédée MUNYAMAHORO

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENVI fonctionnelle



GYN010859

GYNECOLOGIE

# FACTURE

GOMA

16/12/2021

PREMIDIS S.A.R.L

*Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :*

No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1.00	10.000	10.000
<b>Grand Total en USD</b>				<b>10,000</b>

Bon Med.

126/12/2021

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB57306	FACTURE	GOMA		
YNECOLOGIE		16/12/2021		
		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Toxoplasma IGG et IGM (Quantitatif)	1	50,00	50,00
Grand Total en USD				50,00

Bon Med.

126/12/2021

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

## REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB59071	FACTURE		GOMA 27/12/2021
G ECOLOGIE			PREMIDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>			
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.
1	Echographie Obstetricale	1	20,00
Grand Total en USD			20,00

Bon Med.

126/12/2021

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

## REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB59368	FACTURE	GOMA 28/12/2021		
CNECOLOGIE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	chimie urinaire (BU)	1	7,00	7,00
2	SU(Sediment Urinaire/ECBU)	1	5,00	5,00
Grand Total en USD				12,00

Bon Med.

126/12/2021

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

**PREMIDIS  
S.A.R.L**

**BON DE SOINS MEDICAUX**

N° 07 /12//2022

Nom de l'Employé(e) : BARIYANGA CHARLINE Amani Fonction : Ass. Comptable  
Nom du patient : BARIYANGA CHARLINE Amani Age : 28ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)



Epoux (se)

Enfant

Date : Le 05/12/2022

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA

Zébédée MUNYAMAHORO





REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
PROVINCE DU NORD-KIVU  
DIOCESE DE GOMA  
**HGR CHARITE MATERNELLE**  
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

GYN019421

GYNECOLOGIE

**FACTURE**

GOMA

09/12/2022

PREMIDIS S.A.R.L

*Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :*

No.	LIBELLE	Ote	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,00	10,00
<b>Grand Total en USD</b>				<b>10,00</b>

Bon Med.

07/12/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
PROVINCE DU NORD-KIVU  
DIOCESE DE GOMA  
HGR CHARITE MATERNELLE  
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 11 GISENYI fonctionnelle

ORD76039	FACTURE		GOMA	
GYNECOLOGIE			09/12/2022	
			PREMIDIS S.A.R.L	
	<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>			
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	CIFIN-DX Gtte 0.3%/0.1%	1	1,01	1,01
Grand Total en USD				<b>1,01</b>

Bon Med.  
07/12/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
PROVINCE DU NORD-KIVU  
DIOCESE DE GOMA  
**HGR CHARITE MATERNELLE**  
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

DER019182

DERMATOLOGIE

**FACTURE**

GOMA

09/12/2022

PREMIDIS S.A.R.L

*Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :*

No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,00	10,00
<b>Grand Total en USD</b>				<b>10,00</b>

Bon Med.

07/12/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

## REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD74126	<b>FACTURE</b>	GOMA		
DERMATOLOGIE		09/12/2022		
		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, CHARLINE BARIYANGA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Aerius 5mg	10	1,17	11,70
2	Pommade oxyde de zinc pom 50gr	1	1,04	1,04
3	DIPROSALIC POMMADE	1	7,80	7,80
<b>Grand Total en USD</b>				<b>20,54</b>

Bon Med.

07/12/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION