

Tên bệnh viện

Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam

HOÁ ĐƠN THU TIỀN

Tên người nộp:

Ngày nộp: 10-5-2023

Số tiền: 25,000 VNĐ

Lý do nộp: Đóng tiền khám bệnh

Người nộp tiền: _____

Người thu tiền: _____