

บริษัท คลินิก โซลูชั่น จำกัด

139 ซอยศูนย์การค้าแอปเปิ้ลแลนด์ 1 ถ.ลาดพร้าว แขวงคลองจั่น เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240

โทร ต่อ โทรสาร

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0 1 0 5 5 5 8 1 9 8 1 2 4

รหัสลูกค้า : เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร :
Customer's No.**ใบแจ้งหนี้**
Invoiceนามผู้ซื้อ
Customer's Name
ที่อยู่
Addressเลขที่
No.
วันที่
Date.

เลขที่ใบสั่งซื้อ Order No.		เงื่อนไขการชำระเงิน Term of payment	กำหนดชำระ Due date	พนักงานขาย Sale Staff		
ลำดับ No.	รหัสสินค้า Prod. Code	รายละเอียดสินค้า Description	จำนวน Quantity	หน่วยละ Unit	ส่วนลด Discount	จำนวนเงิน Amount
(ศูนย์บาทถ้วน)			รวมเงิน SUB TOTAL			-
			ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%			-
			Vat			-
			ยอดเงินสุทธิ GRAND TOTAL			-

<p>.....</p> <p>(.....)</p> <p>ผู้รับวางบิล</p> <p>วันที่/...../.....</p>	<p>ผู้จัดทำ</p>	<p>ผู้รับมอบอำนาจ</p> <p>AUTHORIZED SIGNATURE</p>
---	-----------------	---

โปรดส่งจ่ายเช็คขีดคร่อมในนาม บริษัท คลินิก โซลูชั่น จำกัด

วันนัดชำระ

FM-AC-01 : Rev 00 : 01/10/64