

บริษัท คลินิก โชลูชั่น จำกัด

139 ซอยศูนย์การค้าแฮปปี้แลนด์ 1 ถ.ลาดพร้าว แขวงคลองจั่น เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240

โทร ต่อ โทรสาร

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

สำนักงานใหญ่

نامผู้ซื้อ
Customer's Name
ที่อยู่
Address

ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี
RECEIPT / TAX INVOICE

เลขที่บิล
วันที่

เลขที่อ้างอิง
รหัสลูกค้า

เลขผู้เสียภาษี : สาขา
Tax ID

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			-

<input type="checkbox"/> เงินสด <input type="checkbox"/> เช็คธนาคาร สาขา เช็คเลขที่ ลงวันที่ ผู้รับเงิน/BILL COLLECTOR วันที่/...../..... Ref. ผู้มีอำนาจลงนาม/AUTHORIZED SIGNATURE
--	--