



We understand your world

Deposit Slip जमा पर्ची
(Customer Copy / ग्राहक प्रति)

Date/दिनांक:

18 07 2024

Account Number / खाता संख्या

50200007414278

Credit Card Number / क्रेडिट कार्ड संख्या

[Empty credit card number boxes]

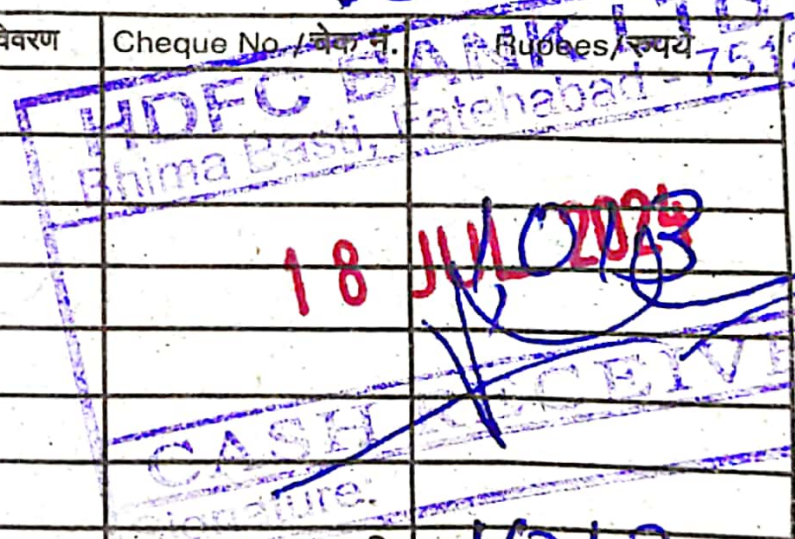
Loan Account No.:

(✓ Please Tick)

[Empty loan account number boxes]

Name / नाम :

DCX Health Services

Cash/Cheque Details / रोकड/चेकों का विवरण	Cheque No. / चेक नं.	Rupees / रुपये
Cash	7512	1013
		
<p>18 JUL 2024</p> <p>CASH RECEIVED</p> <p>Signature</p>		
Total Rs./ कुल राशि		1013
Rupees (In words): रुपये (शब्दों में) <u>One thousand thirteen</u>		

Only Disha

Depositor's Name/
जमाकर्ता के नाम

[Signature]
Depositor's Signature/
जमाकर्ता के हस्ताक्षर

Teller's Signature/
खजांची के हस्ताक्षर