नगद/उधार पत्र
CASH/CREDIT MEMO

विक्रेता VENDOR

क्रमांक No. .....

दिनांक Date 31/3/2023

क्रेता सर्वश्री DCDC Kidney Care

Sold to M/s

संख्या Qnty.	विवरण PARTICULARS	दर Rate	रकम /Amount Rs.	P.
	Local Conveyance Expense		400/-	

धन्यवाद Thank You
भूल चूक लेनी देनी E. & O. E.

कुल जोड TOTAL 400/-

बिका हुआ माल वापिस नहीं होगा
Goods once sold will not be taken back.

हस्ताक्षर Signature