स्टीमेट

नं0 :

दिनांक 14/8/24

नाम जिला अस्पताल

पता .....

क्र.सं.	विवरण	मात्रा	दर	धनराशि रू0	धनराशि पै0
	रेडियम टेप				
		—	—	90	
	मेजरिंग मग				
		—	—	120	
			योग	210	

भूल-चूक, लेनी-देनी

हस्ताक्षर