VENDOR

CASH MEMO
नकद पत्र

क्रमांक No. _____ दिनांक Date 18.10.23

क्रेता सर्वश्री
Sold to M/s DCDC KIDNEY CARE CH. SIRSA

पता _____

QNTY. मात्रा	PARTICULARS विवरण	RATE दर	AMOUNT रकम ₹ P.
=)	Fuel Charges for Office use.		100/-
S.K.T	धन्यवाद! Thank You! भूल-चूक लेनी देनी E. & O. E.	कुल जोड़	100/-

DCDC KIDNEY CARE SIRSA DOBC-CIVIL HOSPITAL

- बिका हुआ माल वापिस नही होगा ।
- *Goods once sold will not be taken back.*

Signature हस्ताक्षर