विक्रेता
VENDOR

CASH MEMO
नकद पत्र

क्रमांक No. _____ दिनांक Date 5-7-23

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

पता _____

QNTY. मात्रा	PARTICULARS विवरण	RATE दर	AMOUNT रकम ₹ P.
1	Petrol Charges for office use		501-
S.K.T	धन्यवाद ! Thank You! भूल-चूक लेनी देनी E. & O. E.	कुल जोड़	501-

DCDC KIDNEY CARE SIRSA CIVIL HOSPITAL

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

Signature/हस्ताक्षर