स्टीमेट

नं0: दिनांक 21/11/22

नाम जिला अस्पताल

पता

क्र.सं.	विवरण	मात्रा	दर	धनराशि रू0	पै0
	इस्टाबिन मीला	4		808	
			योग	808	

भूल-चूक, लेनी-देनी

हस्ताक्षर