





ห้างหุ้นส่วนจำกัด ะรัง เมดิคอล แอนด์ เซอร์วิส (สำนักงานใหญ่)

เลขที่ 174/98 หมู่ 3 ตำบลยะรัง อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี 94160

โทร.080-548-5044 Email : weeyarang@gmail.com

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0943562000351

**ใบเสร็จรับเงิน**

( เอกสารออกเป็นชุด )

เลขที่ใบส่งชื่อ :

วันที่

พนักงานขาย : อับดุลฟาริด

เลขที่

IV6601-009

นามลูกค้า : ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลยะรัง

เลขที่ : หมู่ 3 ตำบลยะรัง อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี 94160

บุกกกคิดคือ :

จำนวน	หน่วยนับ	รหัสสินค้า	รายการ	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน
1	เครื่อง	-	เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ ยี่ห้อ OMRON รุ่น HEM-7120	2,250.00	2,250.00
1	เครื่อง	-	เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด ยี่ห้อ Sinocare รุ่น Safe-Accu	950.00	950.00
1	ชุด	-	ที่วัดส่วนสูงมีฐานพร้อมกานแตะศีรษะ	2,650.00	2,650.00
1	เครื่อง	-	เครื่องชั่งน้ำหนักบุคคลระบบดิจิตอล ยี่ห้อ TANITA รุ่น HD 387	2,750.00	2,750.00

หมายเหตุ: ในกรณีสินค้าชำรุด หรือขาดคกบกพร่องโปรดแจ้งภายใน 7 วัน

จำนวนเงิน	แปดพันหกกร้อยบาทถ้วน	รวมจำนวนเงินทั้งสิ้น	8,600.00
-----------	----------------------	----------------------	----------

ชำระเงินโดย <input type="radio"/>	เงินสด.....บาท	<input type="radio"/>	โอนเงิน/Money Transfer.....
-----------------------------------	----------------	-----------------------	-----------------------------

<input type="radio"/>	เช็ค ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....ลงวันที่.....
-----------------------	---

หมายเหตุ: โปรดชำระด้วยเช็คชื่อธนาคารในนามพจ.ะรัง เมดิคอล แอนด์ เซอร์วิส		
ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อพจ.ฯ ได้รับเงินครบถ้วนตามเช็คที่ส่งจ่าย	ผู้รับเงิน	ผู้มีอำนาจ



ห้างหุ้นส่วนจำกัด ะวัง เมคคอลล แอนด์ เซอร์วิส (สำนักงานใหญ่)

เลขที่ 174/98 หมู่ 3 ตำบลชะวัง อำเภอชะวัง จังหวัดปัตตานี 94160

โทร.080-548-5044 Email : weeyarang@gmail.com

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0943562000351

### ใบเสร็จรับเงิน

( เอกสารออกเป็นชุด )

เลขที่ใบส่งชื่อ :

วันที่

พนักงานขาย : อับดุลฟาริด

เลขที่

IV6602-003

นามลูกค้า : ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลชะวัง

เลขที่ : หมู่ 3 ตำบลชะวัง อำเภอชะวัง จังหวัดปัตตานี 94160

บุกกลดคิดต่อ :

จำนวน	หน่วยนับ	รหัสสินค้า	รายการ	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน
5	แพ็ค	-	กระดาษการ์ดปกสีขาว	95.00	475.00
5	รีม	-	กระดาษ A4	135.00	675.00

หมายเหตุ: ในกรณีสินค้าชำรุด หรือขาดคกบกพร่องโปรดแจ้งภายใน 7 วัน

จำนวนเงิน	หนึ่งพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน	รวมจำนวนเงินทั้งสิ้น	1,150.00
-----------	--------------------------------	----------------------	----------

ชำระเงินโดย	<input type="radio"/> เงินสด.....บาท	<input type="radio"/> โอนเงิน/Money Transfer.....
-------------	--------------------------------------	---

<input type="radio"/> เช็ค ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....องวันที่.....
---

หมายเหตุ: ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์เมื่อผูกง ได้เรียกเก็บเงินครบถ้วนแล้วและเช็คที่ส่งจ่าย	 ผู้รับเงิน	 ผู้ขายนาม/ผู้รับมอบสิทธิ์
--	---	--