

หาต้อง โทษณ
4129 หมู่ 7 ต. เทพบุรี อ. เมืองสงขลา จ. สงขลา

เล่มที่ 2
เลขที่ 10

บิลเงินสด
CASH RECEIPT

นาม NAME ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพและพิทักษ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มูลนิธิสงขลา
เลขที่บัญชี ค. เทพบุรี อ. เมือง จ. สงขลา
ที่อยู่ ADDRESS _____

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร _____

วันที่/DATE _____

จำนวน Qty.	รายการ Description	หน่วยละ @	จำนวนเงิน Amount	
			บาท	สต.
10	เงินชားค่ามรดกที่ดิน	15	1,500	-
40	เงินชားค่ากลางพื้นและน้ำประปา	30	1,200	-
รวมเงิน TOTAL			6,000	-

สำเนาถูกต้อง

Handwritten signature

(นางปจรี ปาณะ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หกพันบาทถ้วน

ผู้รับเงิน COLLECTOR ต่อ

ขอขอบคุณท่านที่อุดหนุน