مجمع سندس الشفاء الطبي
Sundus Alshifaa Medical

File # : 10003 **Invoice No :** 10003 300428462497245 **رقـم التعريف الضريبي**

Patient Name : FOOD DELIVERY MEDICALS تقرير فحص الطبي مندوبين التوصيل **اسم العميل :**

Nationality : **ID No. / Passport / Border No. :**

Inst No :

Doctor : طه عبدالباسط **Clinic. :** مجمع مركز السليم الطبي

Time : 10:34 PM **Date :** 14-01-2025 **User Name :** MAAK

Code No. كود الخدمة	Medical Service اسم الخدمة	Qty. الكمية	Service Price سعر الخدمة	Gross الإجمالي	Discount قيمة الخصم	Net Amount الصافي	VAT الضريبة %	Amount VAT قيمة الضريبة

صافي المبلغ بعد الخصم Net amount after discount	0	المبلغ الأجمالي Gross Amount	0
تحمل المريض من المبلغ الصافي بعد الخصم	0	أجمالي ضريبة القيمة المضافة Total of VAT	0
جمالي تحمل المريض Total of deductable	0	تحميل المريض من ضريبة القيمة المضافة Deductable Of VAT	0
المبلغ المطلوب من شركة التأمين للضريبة	0.00	مطلوب من شركة التامين في الفاتورة Insurance crdit to be value	0.00
مبلغ االعفاء الضريبي للمواطن Value VAT Exemption	15.00	أجمالي المبلغ المطلوب Total Amount to be paid	0