CABINET DE RADIO-DIAGNOSTIC DU Dr .....

ADRESSE : .....

Matricule fiscal : .....

Identifiant N° .....

Sétif le :.....

CLIENT : .....

ADRESSE : .....

Sécurité Sociale :.....

FACTURE N°.....

Réf.	Désignation	T.V.A	Montant
code			
		total	

Arrétée la présente facture à la somme de : .....