صورتحساب فروش کـــــالا

کانون طب نوین

Kanoon Teb Novin

فروشنده

کدپستي: ۶۱۶۵۷۵۹۷۶۸

کد ملي: ۱۷۵۴۱۱۲۹۰۰

ش اقتصادي:

شماره فاکتور: ۶۱ تاریخ/زمان: ۱۴۰۳/۰۲/۲۶ ۳:۵۰PM

کاربر: کیانپور ویزیتور: – مامور پخش: راننده:

خریدار

آقاي / شرکت اداره کل دامپزشکي خوزستان کد: ۰۰۱۰۰۱۰۰۱۰۷۱ موبایل: ۰۹۱۶۷۲۶۱۴۲۰ تلفن: ۳۳۳۶۲۰۷۸-۳۳۳۶۱۳۵۲

کدپستي: ۶۱۳۵۶۶۳۲۰۷ کد ملي: ۱۴۰۰۲۷۰۰۱۲۵ کد اقتصادي: ۴۱۱۳۶۷۵۸۶۱۷۳ ش اقتصادي: شهر: شهر سیستم منطقه: منطقه سیستم

آدرس: اهواز میدان دانشگاه چمران پشت استادیوم تختي روبروي اداره کل ورزش و جوانان کشور مسیر: مسیر سیستم شماره در مسیر: ۸۷

ردیف	کدکالا	شرح کالا	نام واحد	واحد	جزء در واحد	بهاي جـــزء	درصد تخفیف	تاریخ انقضا	قیمت مصرف کننده	lot_num	جمع کل
۱	۳۷۸۲	لوله نمونه برداري وکیوم۱۰۰*۱۳	عدد	۱۰۰۶۶۷	۱	۱۳,۵۰۰	۰		۰.۰۰۰۰		۱,۳۵۹,۰۰۴,۵۰۰
۲	۳۶۷۰	پلیت یکبارمصرف۱۰سي سي ۶۰۰ عددي	–	۶۵	۱	۱۶,۲۰۰,۰۰۰	۰		۰.۰۰۰۰		۱,۰۵۳,۰۰۰,۰۰۰
۳		پلیت یکبارمصرف ۸سي سي ۱۴۰۰عددي	کارتن	۶۵	۱	۱۶,۲۰۰,۰۰۰	۰		۰		۱,۰۵۳,۰۰۰,۰۰۰
۴		لوله آزمایش یکبارمصرف ۱۰۰*۱۶	عدد	۲۰۰۰۰۰	۱	۲,۲۵۰	۰		۰.۰۰۰۰		۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰
				۳۰۰,۷۹۷	۰						

جمع	۳,۹۱۵,۰۰۴,۵۰۰				
تخفیف	۴,۵۰۰	تخفیف پروموشن	۰	تخفیف اقلام	۰
عوارض	۰	مالیات	۰		
باربري	۰				
تمام شده	۳,۹۱۵,۰۰۰,۰۰۰				

سه میلیارد ونهصد و پانزده میلیون ریال

توضیحات : .تخفیف مربوط به ردیف ۱ میباشد

پرداخت نقدي: ۳,۹۱۵,۰۰۰,۰۰۰ پرداخت نقدي پوز: ۳,۹۱۵,۰۰۰,۰۰۰ پرداخت چك نقدي: ۳,۹۱۵,۰۰۰,۰۰۰ پرداخت چکي: تاریخ تسویه: ۱۴۰۳/۰۲/۲۶

این فاکتور پس از امضاء اینجانب یا نماینده ام سند معتبر تجاري تلقي شده و اجناس این فاکتور را صحیح و سالم تحویل گرفته و متعهد به پرداخت کل مانده حساب مي باشم

امضاء فروشنده: امضاء راننده: امضاء خریدار

درصورت عدم پرداخت بصورت نقدي به ازاي هرماه ۲% مبلغ کل فاکتور بعنوان دیرکرد دریافت خواهد شد.
از واریز حواله به حساب شخصی بازاریاب وحامل جداخودداری گردد درغیر این صورت هیچگونه مسئولیتی به عهده شرکت نخواهدبود.
هرگونه پرداخت وجوه بصورت بانکي فقط به حساب جام ملت ۱۹۹۳۷۰۳۹۱۷ ، شباي IR۷۲۰۱۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۱۹۹۳۷۰۳۹۱۷
شماره کارت ۶۱۰۴-۳۳۷۸-۳۲۰۰-۳۷۴۱ بنام عزیزاله شمیل زاده شوشتري واریز گردد. نوع دریافت حساب عندالمطالبه میباشد.