

# INVOICE

## فاتورة ضريبية مبسطة

### INVOICE TO

Patient Name

ID No.

Mobile No.

### فاتورة لـ

اسم المريض

رقم الهوية

رقم الهاتف

### INVOICE FROM

Branch Name

VAT No.

Phone No.

### فاتورة من

اسم الفرع

رقم التسجيل الضريبي

رقم التواصل

### RESERVATION INFO

Reservation No.

User Name

Collection Date & Time

### معلومات الحجز

رقم الحجز

اسم الموظف

تاريخ سحب العينة

### PAYMENT INFO

Invoice No.

Payment Method

Date & Time

### معلومات الدفعة

رقم الفاتورة

طريقة الدفع

تاريخ الفاتورة

| Service Name<br>اسم الخدمة | Unit Price<br>سعر الوحدة | Discount<br>الخصم | VAT Amount<br>قيمة الضريبة المضافة | Subtotal (Including VAT)<br>المجموع (شامل قيمة الضريبة المضافة) | TAT<br>الوقت المتوقع للنتيجة |
|----------------------------|--------------------------|-------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|
|                            |                          |                   |                                    |                                                                 |                              |
|                            |                          |                   |                                    |                                                                 |                              |
|                            |                          |                   |                                    |                                                                 |                              |
|                            |                          |                   |                                    |                                                                 |                              |
|                            |                          |                   |                                    |                                                                 |                              |
|                            |                          |                   |                                    |                                                                 |                              |
|                            |                          |                   |                                    |                                                                 |                              |
|                            |                          |                   |                                    |                                                                 |                              |
|                            |                          |                   |                                    |                                                                 |                              |