CÔNG TY CỔ PHẦN DƯỢC PHẨM IMEXPHARM
Số 4, Đường 30/4, Phường 1, Thành Phố Cao Lãnh, Tỉnh Đồng Tháp
Tel: 0277 3857570 - 3851943. Fax: 0277 3872982. Mã số thuế: 1400384433

HÓA ĐƠN GIÁ TRỊ GIA TĂNG
(VAT INVOICE)

Mẫu số (*Form*):**01GTKT0/001**
Ký hiệu (*Serial*):**BK/19E**
Số hóa đơn (*No.*):**0000000**
Ngày hóa đơn (*Date*):*ll*

Đơn vị bán hàng (*Company name*):Chi Nhánh Cửu Long 5 Công Ty Cổ Phần Dược Phẩm Imexpharm
Địa chỉ (*Address*):69- Đường Phạm Ngọc Thạch- Phường 5- Thành Phố Cà Mau- Tỉnh Cà Mau — Mã số thuế (*Tax code*):1400384433-021
Số tài khoản (*Bank account*): — Điện thoại (*Tel*):

Họ tên người mua hàng (*Buyer*): — Mã số thuế (*Tax code*):
Tên đơn vị (*Company name*):
Địa chỉ (*Address*):
Hình thức thanh toán (*Payment method*):TM/CK — Số tài khoản (*Bank account*):

STT *(No.)*	Tên hàng hóa, dịch vụ *(Item)*	Số lô *(Batch)*	Hạn dùng *(Exp. Date)*	ĐVT *(Unit)*	Số lượng *(Quantity)*	Đơn giá *(Unit Price)*	Thành tiền *(Amount)*	CK % *(Discount)*
A	B	C	D	E	1	2	3=1x2	4
1								

Tổng tiền hàng (*Amount*): 0 — Thuế suất GTGT (*VAT Rate*): 0%
Tổng tiền chiết khấu (*Discount*): 0 — Tiền thuế GTGT (*VAT Amount*): 0
Tiền sau chiết khấu (*After discount*): 0 — Tổng tiền thanh toán (*Total*): 0

Số tiền viết bằng chữ: (*Total payment in words*)

Người mua hàng *(Buyer)*
(Ký, ghi rõ họ tên)
(*Sign, full name*)

Người bán hàng *(Seller)*
(Signed digitally by)

Signature Valid
Ký bởi: Chi Nhánh Cửu Long 5 Công Ty Cổ Phần Dược Phẩm Imexpharm
Ký ngày: