مجمع سندس الشفاء الطبي
Sundus Alshifaa Medical

**File # :** 10004 **Invoice No :** 10004 300854268415950 **رقـم التعريف الضريبي**

**Patient Name :** FOOD DELIVERY MEDICALS فحص لمندوبي التوصيل **اسم العميل :**

**Nationality :** **ID No. / Passport / Border No. :** FDMR2025

**Inst No :**

**Doctor :** امي كلثوم **Clinic. :** مجمع مركز السيلم الطبي

**Time :** 12:43 AM **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FDMR2025 | فحص لمندوبي التوصيل | 20 | 10.00 | 200.00 | 0.00 | 200.00 | 15.00 | 30.00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| صافي المبلغ بعد الخصم Net amount after discount | 200 | المبلغ اأجمالي Gross Amount | 200 |
| تحمل المريض من المبلغ الصافي بعد الخصم | 200 | أجمالي ضريبة القمية المضافة Total of VAT | 30 |
| جمالي تحمل المريض Total of deductable | 230 | تحميل المريض من ضريبة القمية المضافة Deductable Of VAT | 30 |
| 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 | 0.00 | أجمالي المبلغ المطلوب Total Amount to be paid | 230 |