PARAMEDIC EMS
SAVE YOUR LIFES

Fecha: _____ **RTN:** _____

Nombre: _____

Dirección: _____

CANT.	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	Descuentos y rebajas otorgados	TOTAL
	TOTAL			

SON: _____

_____

_____

N° de orden de compra exenta: _____

N° de constancia de registro exonerados: _____

N° de registro de la SAG: _____

CONTADO ☐ **CRÉDITO** ☐

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODO "EXÍJALA"

Importe exonerado L.		
Importe exento L.		
Importe gravado 15% L.		
Importe gravado 18% L.		
15% I.S.V. L.		
18% I.S.V. L.		
TOTAL A PAGAR L.		

N° Recibo:

PARAMEDIC EMS
SAVE YOUR LIFES

WWW.EMS.MYTIERRA.ONLINE
WHATSAPP: +504 8944-60-90
PARAMEDIC EMS PARAMEDIC HN PARAMEDIC HN PARAMEDIC HN

_____
Firma