*Atakpamé, le*.....

**PHARMACIE SAINTE FAMILLE**
BP : 504 TEL : 440-05-00
153 Rue OGOUKI-ATAKPA
**ATAKPAME-TOGO**

# FACTURE N°.....

**Nom du Client** : Enfant ISSA Chérifatou

| QTE | DESIGNATION | PRIX UNITAIRE | PRIX TOTAL |
|---|---|---|---|
| 10 | Ketum Gel | 2045 | 20.450 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | **TOTAL** | 20.450 |

PHARMACIE SAINTE FAMILLE
20.450 F
BP 504 ATAKPAME Tel 440 05 00

*Arrêté la présente facture à la somme de* : Vingt mille quatre cent cinquante francs.

**Le Chargé**