



in ch
 No.49/A, Kyat Sā : yin nānānānā, Dāwēi Tsp, Tanintharyi Division, Dāwēi
 Tel :
 Fax:

PAYMENT VOUCHER

Voucher No. :DWI-PV-2025-07-0046 Cashier :
 Voucher Date :2025-07-21 To :
 Currency :MMK


Applicant Adm. Manager GM

No	Description	Purpose	Subtotal
1	PAYMENT FOR DAWEI BRANCH OFFICE USED MEDICATION PARACETAMOL TABLETS (2) & CETRINE TABLETS(1) AMT- 1500 MMK & CYCLE NO. STICKER (3) PCS (44 YA -21633, 44 YA- 59145 , 37 YA- 19171) AMT- 9000 TOTAL AMT- 10500 MMK.		

Total 10,500.00

Total in Words : _____

Note : PAYMENT FOR DAWEI BRANCH OFFICE USED MEDICATION PARACETAMOL TABLETS (2) & CETRINE TABLETS(1) AMT- 1500 MMK & CYCLE NO. STICKER (3) PCS (44 YA -21633, 44 YA- 59145 , 37 YA- 19171) AMT- 9000 TOTAL AMT- 10500 MMK

Date : 21. July. 2025 Name/NRC No : Naw Ni Nandar Aye Signature : 

Date : 21st July 2025

BU/BR/Division : Dawei

Department : Admin

Issue Amount : 10500 Kyats/ USD

Budget include (or) Not :

Yes Budgeted Title and Amount :

No Reasons for :

Required For:

Dawei Branch Office Used Medication Paracetamol (2)st & Cetirine Tablet (1)st Amt- 1500 & Cycle No. (Sticker) 3 pcs Amt- 9000 Mnk. (44 Ya-21693, 37 Ya-19171, 44 Ya-59145)

မှတ်ချက်။

(၁) အဆင့်ဆင့်သက်ဆိုင်ရာတာဝန်ရှိသူကြီးမင်းများအားလုံး သေချာစွာစုံစမ်းစစ်ဆေးတွက်ချက်ပြီးထားသော ငွေပမာဏဖြစ်ရပါမည်။

(The amount requested must be properly calculated, checked and verified by respective authorized person)

(၂) ထုတ်ယူငွေနှင့် ပတ်သက်၍ အမှားအယွင်း၊ လိမ်လည်မှု နှင့် အလွဲသုံးစားမှု တစ်စုံတစ်ရာ ရှိခဲ့ပါက၊ သက်ဆိုင်ရာ တာဝန်ရှိစစ်ဆေးအတည်ပြုသူက အပြည့် အဝ ပြန်လည်ရရှိအောင် တာဝန်ယူ ဆောင်ရွက်ပေးရမည်

(If there is errors, frauds or misappropriation, the authorized person must take full responsibility to recover the loss)

request by

[Signature]

Aow Ni Vanda Aye

Requester

Checked By

[Signature]

Aow Ni Vanda Aye

Mgr/DH

Checked By

[Signature]

GM/AGM/COO

21.7.2025

Approved By

CMC/CEO/Chairwoman

20.7.25

ပိတ်ခ

၃၉၆

1000


ceftriaxone

၃၆

500

၇

1500/-


 ၂၀.၇.၂၀၂၅
 ကုမ္ပဏီ

ပန်းသစ်ဆန်း

ဆေးဆိုင်

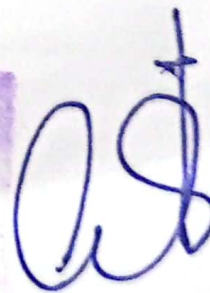
(ထားဝယ်ပြည်သူ့ဆေးရုံကြီးရှေ့)

အမှတ်(၃၀၄)ဆေးရုံလမ်း၊ ရှေ့လှည့်ဆွဲရမ်း

ထားဝယ်မြို့။

Ph:09-422355966,

09-953845815


 ONDA



GENERAL EXPENSE CLAIM FORM

DIV/ BR Name : Dawai

Department Name : Admin

No.	Date	Name	Description	Amount	Remark
1.	21-7-2025	Naw Ni Nandar Aye	Office Used (cycle No (sticker) 44 Ya - 21633, 37 Ya - 19171, 44 Ya - 59145)	9000	1pc x 9000
Total Amount				9000	

Requested by

Approved by

Checked by

Approved by

Approved by

Sign :

Name : Naw Ni Nandar Aye (Requester)

Name : Naw Ni Nandar Aye (Department Head)

Name : Myo Zin Aung (Related PNA/Corp FNA)

(OM/AGM/CM/BOH/ABOH)

(ACOO/COO/MD/VCM)

2025-07-21

04-CFD-TSU-FRM-001-00