

77325

বাংলাদেশ ফরম নং ৭৬৯

হাসপাতাল/কেন্দ্র

রেজিঃ নম্বর

তারিখ

নাম

ঠিকানা

বোল

তারিখ

চিকিৎসা

ফিলান

৩/৪
১০
৪

Tab. Afa - SW ৫৩২
২+০+১ ৫০০, ৫০

Cap. Max Pro ২০ মিলি
২+০+০ ০০০/৫০

Sypp. Napa SW
৫০ ৫০ ২(১০) ৫০, ৫০



নং সম(বারবারকোঃ)/ভেটিং/ফ-৪১/৮৯-৪৩৪৫, তাং ১৯-৮-৮৯ইং

বাঃ নিঃ মুঃ-৫৮/২০২২-২৩, ২ কোটি কপি, মুদ্রণাদেশ নং-৩৩/২০২২-২৩।