

Formato de Rechazo

FECHA: **03-mar-2023**

CLIENTE / SUCURSAL:

PHARMA AMIGO

MOTIVOS DEL RECHAZO:

1. Corta caducidad,

2. Producto maltratado, roto o mojado

3. Producto no solicitado,

4. Otros.

MATERIAL	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	CANTIDAD	LOTE	NO. FACTURA	MOTIVO DEL RECHAZO	Nº 84
502449	DERIMETON JBE. 120 ml.	4	3020147	109916048	2	
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					

NOMBRE Y FIRMA OPERADOR:

SALVADOR JUAREZ