BRUDIFARMA

Grupo BRULUART
División Comercial

Formato de Rechazo

FECHA: 09-dic-2022

CLIENTE / SUCURSAL: FARMALIVE

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	N° 84
502696	ROSEL CAPS C/24	1	220780	F0109894208	2	
502491	ESPAFARM SOLUCION 15 ML	1	ITJ22L555	F0109894216	2	
507982	METFORMINA TAB C/30 850 MG	1	U22U628	F0109894231	2	
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					

NOMBRE Y FIRMA OPERADOR: ADID HERNANDEZ