BRUDIFARMA

Grupo BRULUART
División Comercial

Formato de Rechazo

FECHA: 30-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	N° 84
500139	TRIXONA INY IM 1 GR.	2	302405	109923645	2	
500081	TRIBEDOCE COMPTO GRAG.	1	3020191	109923646	2	
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					

NOMBRE Y FIRMA OPERADOR: JOSE ARCINIEGA

Versión: 00 Código: F-GPO-5D14