

Formato de Rechazo

FECHA: **03-jul-2023**

CLIENTE / SUCURSAL:

DEKAFARMA

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				
502319	BRUZOL SUSP. 20 ml.	16	3050586	109945253	2	84052639				
501132	CLAMOXIN 12 HRS JR. 400/57 SUSP 50 ml	3	233106	109945255	2	84052640				
500103	BRUPEN (AMPICILINA)250 MG SUSP. 90 ML.	2	302225	109945258	2	84052642				
500024	BRUNADOL TAB. C/10	8	302435	109945258	2	84052642				
502362	NORAPRED 5 mg. 20 TAB.	23	3030349	109945258	2	84052642				
503995	PRILVER TAB 2.5 MG C/16	4	230587	109945260	2	84052645				
501256	TENESCAN 10 MG. CREMA TUBO C/20 GR	2	232566	109945260	2	84052645				
506144	GELUBRIN CAPS 400 MG C/10	2	R325	109945260	2	84052645				
	0									
	0									
	0									
	0									
	0									
	0									
	0									
	0									
	0									
	0									
	0									
	0									
	0									
	0									

NOMBRE Y FIRMA OPERADOR:

ALBERTO SALAZAR