

Formato de Rechazo

FECHA: **11-oct-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
500093	CILOCID (ACIDO FOLICO) 5 MG. C/20 TAB.	68	205997	109970326	1	84053434
506992	COMPLEJO B TAB C/30 100 MG/5 MG/.05 MG	5	3AN425A	109970326	2	84053433
501121	CEFAGEN 250 MG/5 ML. SUSP. POLVO C/50 M	1	232198	109970326	2	84053433
510397	LETOAZIN JBEC/120ML	26	C10153	109970326	2	84053433

NOMBRE Y FIRMA OPERADOR:

ARMANDO ALONSO