

Formato de Rechazo

FECHA: 25-abr-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
500096	DIMOPEN (AMOXICILINA)250 MG /5ML 75 ML S	4	303538	109928991	2	
502300	BRUDEX JARABE 120 ML.	2	3020207	109928991	2	
502381	SOLTRIM SUSP 120 ML	1	3030305	109928991	2	
	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: _____

RODRIGO HERNANDEZ