

Formato de Rechazo

FECHA: 21-abr-2023

CLIENTE / SUCURSAL: PHARMA CLUB

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	N° 84
507830	CEFTRIAXONA IM SOL INY C/1 1GR	4	303855	109929121	2	84052326

NOMBRE Y FIRMA OPERADOR: RODRIGO NUÑEZ