

FORMATO DE RECHAZO

FECHA: 15-jul-22CLIENTE / SUCURSAL: REDER

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 |
|---------------|-----------------------------------|----------|----------|--------------------------|--------------------|----------|
| 506144 | GELUBRIN CAPS 400 MG C/10 | 2 PZ | P156 | F-0109847901 E-111801853 | 2 | 84051122 |
| 500225 | DIPHAFEN 40 MG. 2ML C/2 AMP. | 2 PZ | 22051539 | F-0109847901 E-111801853 | 2 | 84051122 |
| 508053 | ALCOHOL DESNATURALIZADO C/1000 ML | 12 PZ | 000420 | F-0109847897 E-111801844 | 2 | 84051123 |
| 508055 | ALCOHOL DESNATURALIZADO C/500 ML | 20 PZ | 050020 | F-0109847897 E-111801844 | 2 | 84051123 |

NOMBRE Y FIRMA OPERADOR: TRANSPORTE GEV