BRUDIFARMA

Formato de Rechazo

Grupo BRULUART División Comercial

FECHA: 11-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
500031	BUTIFENO SOL 120 ML	4	2121397	109926217	2	
500031	BUTIFENO SOL 120 ML	1	3010024	109926217		
500043	DINORAX 850 MG C/30 TABLETAS	6	209798	109926217		
500067	OXOLBRUL INF SOL 120 ML	1	3030326	109926217		
500083	TRIBEDOCE INY 50 000	1	3020138	109926217		
507849	CELESBITAN SOL INY C/1 8 MG/2	4	3030246	109926217		
507978	FAYRUS CAP C/24 50/3/300 MG	3	301131	109926217		
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					

NOMBRE Y FIRMA OPERADOR: ALBERTO SALAZAR