

Formato de Rechazo

FECHA: 07-jul-2023

CLIENTE / SUCURSAL: _____

FARMALIVE

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				
504041	FAZOLIN F GOTAS OFT 15 ML	2	23340750	109946700	2	84052670				
501712	DOLPRIN SUSP 120 ML	5	23141364	109946698	2	84052671				
	0									
	0									
	0									
	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: _____

SEBASTIAN MARTINEZ