

Formato de Rechazo

CLIENTE / SUCURSAL:

DEKAFARMA

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
500190	VO-REMI INY. CAJA C/5x1ml.	1	202310	109979369	2	84053681
507439	MOXIFLOXACINO TAB C/7 400 MG	7	3DN427A	109979369	2	84053681

NOMBRE Y FIRMA OPERADOR:

ADID HERNANDEZ