

## Formato de Rechazo

FECHA: **02-oct-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
<b>507830</b>	CEFTRIAXONA IM SOL INY C/1 1GR	3	308234	109966665	<b>2</b>	84053361

NOMBRE Y FIRMA OPERADOR: JORGE MIRANDA