

Formato de Rechazo

FECHA: 28-oct-2022

CLIENTE / SUCURSAL:

PHARMA SELECT

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
507830	CEFTRIAXONA IM SOL INY C/1 1GR	76	209972	F0109884263	2	84051620

NOMBRE Y FIRMA OPERADOR:

DANIEL ESPINOZA