

Formato de Rechazo

FECHA: 11-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
500139	TRIXONA INY IM 1 GR.	7	303853	109970801	2	84053441

NOMBRE Y FIRMA OPERADOR: GABRIEL VELAZQUEZ