

Formato de Rechazo

FECHA: **03-nov-2023**

CLIENTE / SUCURSAL: **DISTRIBUIDORA 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
510397	LETOAZIN JBEC/120ML	2	C10153	109976250	2	84053613
500579	PALATRIN 30 MG C/14TAB	1	647Z	109976251	2	84053614

NOMBRE Y FIRMA OPERADOR: ARMANDO ALONSO