

## Formato de Rechazo

FECHA: **18-oct-2023**

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
<b>510397</b>	LETOAZIN JBEC/120ML	1	C10153	109972311	<b>2</b>	84053492
<b>503019</b>	TRIBEDOCE SOL C/340 ML	1	TBE170723001	109972312	<b>2</b>	84053493
<b>500093</b>	CILOCID (ACIDO FOLICO) 5 MG. C/20 TAB.	260	205997	109982313	<b>1</b>	84053494

NOMBRE Y FIRMA OPERADOR:

SALVADOR JUAREZ