BRUDIFARMA

Formato de Rechazo

Grupo BRULUART
División Comercial

FECHA: 18-abr-2023

CLIENTE / SUCURSAL: PHARMA AMIGO

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
500030	BRUPROXEN 500 C/10 TAB	1	208627	109927737	2	
500077	SOLTRIM F C/14 TABLETAS	1	208533	109927737	2	
507999	AFLENO INF SUS C/120 ML 100 MG/5 ML	1	3020259	109927737	2	
500140	TRIXONA INY IV 1 GR.	1	302498	109927737	2	
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					

NOMBRE Y FIRMA OPERADOR: SALVADOR JUAREZ