

## Formato de Rechazo

FECHA: **03-nov-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
<b>50082</b>	TRIBEDOCE COMPTO INY	3	3080917	109977087	<b>2</b>	84053608
<b>501712</b>	DOLPRIN SUSP 120 ML	1	23142565	109977091	<b>2</b>	84053609
<b>500139</b>	TRIXONA INY IM 1 GR.	1	307882	109977086	<b>2</b>	84053607
<b>500915</b>	EPICOL AD JBE. SOL. C/120 ML.	1	532212	109977096	<b>2</b>	84053610

NOMBRE Y FIRMA OPERADOR:

SALVADOR JUAREZ