

## Formato de Rechazo

FECHA: 16-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
<b>500138</b>	TRIXONA 500 mg INY IM	1	309387	109971892	<b>2</b>	84053488
<b>508633</b>	FARMAREST AER C/200 DOSIS	1	3g453	109971896	<b>2</b>	84053489

NOMBRE Y FIRMA OPERADOR: SALVADOR JUAREZ