

ACTAS DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DROGUERÍA _____

Fecha: _____

Proveedor: _____

Factura: _____

No.	FECHA	NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	FORMA FARMACÉUTICA	LABORATORIO	Nº LOTE	CANT.	RAZÓN DE LA DEVOLUCIÓN
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Aprobado por:

CC: _____

Firma del transportador:

CC: _____