

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN CALIDAD DE PARAFARMACIA**
**DATOS DEL CLIENTE**

Fecha Solicitud:	
Nombre farmacia:	
Nombre Cooperativa y Sucursal:	
Nº Socio:	
Persona de contacto del cliente:	
Correo electrónico del cliente:	

**DATOS DE LA RECLAMACIÓN**

	CÓDIGO	PRODUCTO	LOTE	CANTIDAD
1		<i>Descripción del defecto encontrado:</i>		
2		<i>Descripción del defecto encontrado:</i>		
3		<i>Descripción del defecto encontrado:</i>		
4		<i>Descripción del defecto encontrado:</i>		

**INVESTIGACIÓN INTERNA ACOFARMA**

Veredicto almacén:	Dictamen QA
	<input type="checkbox"/> Procedente
	<input type="checkbox"/> No Procedente
	<input type="checkbox"/> No Evaluada
Firma y fecha revisión:	Firma y fecha QA: