

FORMULARIO RECLAMACIÓN CALIDAD 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
