

COOPERATIVA DE HOSPITALES DE SANTANDER Y EL NORORIENTE COLOMBIANO - COHOSAN -

FORMATO SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN INSUMOS HOSPITALARIOS

FECHA:						
CLIENTE:						
Cordialmente solicitamos analizar la devolución	n de los siguient	e-s productos:				
	MOTIVO DE L	A DEVOLUCIÓN				
PRODUCTO MAL SOLICITADO POR EL CLIENTE	PRODUCTO MAL FACTURADO POR COHOSAN					
PRODUCTO MAL DESPACHADO	PRODUCTO CON DEFECTO DE CALIDAD					
PRODUCTO DETERIORADO						
DESCRIPCIÓN	CANT.	FECHA VENC.	LOTE	Nº. FACTURA COMPRA	FECHA COMPRA	VR UNITARIO
OBSERVACIONES:						
Al diligenciar este documento, autorizo de mane NORORIENTE COLOMBIANO - COHOSAN a de discapacidad cognitiva que represento) aquí c posibilidad de oponerme a ello, conforme a www.cohosan.com y/o en CENTRO LOGÍSTICO y estar informado que en ella se presentan los dere	dar tratamiento d onsignados, inclu las finalidades O SAN JORGE K	e mis datos person uyendo el consenti incorporadas en M7 +400 VÍAGIR	ales (y/o de los miento explícit la Política d ÓN-FLORIDA	datos del menor de to para tratar datos e Tratamiento de ABLANCA - BOD	e edad o person s sensibles aun e Información EGA 64, que c	na en condición conociendo la publicada en
Responsable de farmacia y/o Almacén Gerente y/o Director de la Institución.						
Nombre:						
Cargo						
	PARA USO E	EXCLUSIVO DE C	OHOSAN			
Observaciones:						
Se autoriza el envío del Insumo por parte del C	Niento SI	NO Eocha	do notificación			_
Nombre de quien autoriza:			de notificación.	•		
Cargo:			Firma:			
Concepto Técnico.						
			Firma:			

EL PRODUCTO SE RECIBIRA MAXIMO 5 DIAS HABILES DESPUES DE AUTORIZADA LA DEVOLUCION SOLO EN SU EMPAQUE ORIGINAL O BLISTER COMPLETO, DE ACUERDO A SU CONDICIÓN DE VENTA