



FORMATO DE DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS CADUCOS DE LA FARMACIA AL DISTRIBUIDOR DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO SANITARIO DE MEDICAMENTOS CADUCOS EN EL MERCADO MEXICANO, APARTADOS IV, V Y VI

CANT	PRODUCTO	PRESENTACIÓN	LOTE	FECHA DE CADUCIDAD	LABORATORIO	COSTO POR PRODUCTO	ESTADO FÍSICO DE LOS PRODUCTOS

DISTRIBUIDOR: _____
 RAZÓN SOCIAL FARMACIA: _____
 FARMACIA: _____ RFC: _____
 DIRECCIÓN: _____
 COLONIA: _____ C.P. _____
 DELEGACION/MPIO: _____ ESTADO: _____
 NO. DE CLIENTE: _____ TEL: _____
 EMAIL: _____
 FECHA DE NOTIFICACIÓN: _____ FECHA DE RECOLECCIÓN: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA FARMACIA: _____ FIRMA: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL DISTRIBUIDOR: _____ FIRMA: _____
 OBSERVACIONES: _____