



COMPROBANTE DE PAGO

Farmacia (nombre)

Direccion: Numero ###,

Ciudad, Provincia

(321) 584 5480

juan.valenciaor@amigo.edu.co

Codigo de Venta: 35

Cliente: 1

DNI: 6

Fecha y Hora: 2020-06-12 21:21:48

Vendedor: tecnico tecnico

Producto	Concentracion	Adicional	Laboratorio	Presentacion	Tipo	Cantidad	Precio	Subtotal
123	1234	123	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL								S/.0.81
iva(18%)								S/.0.19
TOTAL								S/.1

NOTICE:

*Presentar este comprobante de pago para cualquier reclamo o devolucion.

*El reclamo procedera dentro de las 24 horas de haber hecho la compra.

*Si el producto esta dañado o abierto, la devolucion no procedera.

*Revise su cambio antes de salir del establecimiento.