



COMPROBANTE DE PAGO

Farmacia Farmaciasistema

Direccion Numero ###,

Ciudad, Provincia

(344) 342234

company@example.com

Codigo de Venta: 45

Cliente: josue

DNI: 0

Fecha y Hora: 2020-08-22 00:22:05

Vendedor: Juanctio Melendez

Producto	Concentracion	Adicional	Laboratorio	Presentacion	Tipo	Cantidad	Precio	Subtotal
Mozzarella	1.5 kg	Queso mozzarella	LinkaFarma	Tableta	Hierbas	10	50	500
Masa pizza	500mg	Masa para una pizza mediana	Italia S.A.C	Caja-carton	solidos-comestibles	10	15	150
SUBTOTAL								S/.41
IGV(18%)								S/9
TOTAL								S/.50

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.

Created by Farmaciasistema (Alejandro, Josue, Junior, Enzo) Ingenieros de sistemas e informatica.