



# COMPROBANTE DE PAGO

Farmacia Farmaciasistema

Direccion Numero ###,

Ciudad, Provincia

(344) 342234

[company@example.com](mailto:company@example.com)

Codigo de Venta: 44

Cliente: Fermnando Diaz

DNI: 354635

Fecha y Hora: 2020-08-20 12:40:36

Vendedor: Juanctio Melendez

Producto	Concentracion	Adicional	Laboratorio	Presentacion	Tipo	Cantidad	Precio	Subtotal
Jose Diaz	Diaz	ffefewefw	LinkaFarma	Unidad	Extranjero	5	10	50
Medicina	500	oral	frfewrfrge454y54y45y45y	Unidad	Medicinal	5	1	5
SUBTOTAL								S/.45.1
IGV(18%)								S/.9.9
TOTAL								S/.55

## 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.