



COMPROBANTE DE PAGO

Farmacia CodeWar

Direccion Numero ###,
Ciudad, Provincia
(344) 342234
company@example.com

Codigo de Venta: 18

Cliente: Javier

DNI: 0

Fecha y Hora: 2021-10-06 16:17:49

Vendedor: Carlos Daniel Bocanegra Velasquez

Producto	Concentracion	Adicional	Laboratorio	Presentacion	Tipo	Cantidad	Precio	Subtotal
AB AMBROMOX	600mg	Caja Vial	ABBOTT	Frasco	Análgico	1	6	6
A FOLIC	0.5mg	Caja Envase Blister Tabletas	A.MENARINI	Caja	Análgico	1	2	2
							SUBTOTAL	S/.6.56
							IGV(18%)	S/.1.44
							TOTAL	S/.8

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.