GROUP S.A.

Comercio al por Mayor de Otros Productos N.C.P

Importadora, Distribuidora y Comercializadora de Dispositivos Médicos

CASA CENTRAL
Acá Vera 917 e/ Herminio Giménez

TEL: 021 289 4750 / Cel: (0972) 182 171
(0981) 157 745
E-mail: ventas@as.com.py

Asunción - Paraguay

N° AUTORIZACION: **350050012262**
TIMBRADO N°: 15385601
RUC: 80092018-0
INICIO DE VIGENCIA 01/02/2022
FIN DE VIGENCIA 28/02/2023

NOTA DE REMISIÓN

N° 001-003-0000045

Fecha de Emisión: 2 de Junio de 2022

DESTINATARIO DE LA MERCADERIA

Nombre o Razón Social: HOSPITAL DE TRAUMA "MANUEL GIAGNI" MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR S **RUC o C.I ::** 80000905-3
Dirección: AVDA. GRAL. SANTOS ESQ. TEODORO S. MONGELÓS

DATOS DEL TRANSLADO

Motivo del Traslado : VENTAS
Comprobante de Venta:
Comprobante de Venta N° de Timbrado:
Fecha de Expedición 02/06/2022
Fecha Inicio del Traslado: **Fecha estimada de término del traslado:**
Dirección del punto de ACA VERA E/ HERMINIO GIMENEZ
Ciudad: ASUNCIÓN **Departamento:** CENTRAL
Dirección del punto de llegada: AVDA. GRAL. SANTOS ESQ. TEODORO S. MONGELOS
Ciudad: **Departamento:** CENTRAL
Kilómetros estimados de recorrido:
Cambio de fecha de término de traslado y/o punto de
Motivo:

DATOS DEL VEHICULO DE TRANSPORTE

Marca del Vehiculo: FIAT FIORINO
Número de Registro Único del Automotor HFP 230
Número de Registro Único del Automotor (RUA) de

DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO

Nombre y Apellido o Razón LOVERA ARNALDO **RUC o C.I.C:** 2262545
Domicilio: SOFIA MENDOZA 2643 - LAMBARE

DATOS DE LA MERCADERIA

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN DETALLADA (Incluir cantidad o porcentaje de tolerancia de quiebra o de merma/datos de relevancia de la mercaderia)
1	UNIDAD	2.1 CLAVO RETROGRADO PARA FEMUR/ZIMEDE/CHINA/UNIDAD
1	UNIDAD	2.4 CLAVO ANTEROGRADO PARA TIBIA/ZIMEDE/CHINA/UNIDAD

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
HOSPITAL DE TRAUMA "MANUEL GIAGNI"
REPUBLICA DEL PARAGUAY

Dr. VICTOR MANUEL GIAGNI
Traumatólogo
Reg. Nº 6462

LPN N°02/2021 ID N°:395.985 CTO.N°:21/2021 RESOL.D.G. N°43/2021
PCTE: YISEL TATIANA MARTINEZ GONZALEZ

RECEPCIÓN DE LA MERCADERIA

Firma : **Aclaración :** **RUC/Cédula de Identidad:**

ORIGINAL (Cliente)