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

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

N° AUTORIZACION: **350050016011**
TIMBRADO N°: 16237948
RUC: 80092018-0
INICIO DE VIGENCIA 01/03/2023
FIN DE VIGENCIA 31/03/2024

NOTA DE REMISIÓN

N° 001-003-0000013

Fecha de Emisión: 28 de Julio de 2023

DESTINATARIO DE LA MERCADERIA

Nombre o Razón Social: HOSPITAL DE TRAUMA "MANUEL GIAGNI" MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SC **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°: **N° de Timbrado:**

Fecha de Expedición 28/07/2023

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:

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	2.5 CLAVO ANTEROGRADO PARA TIBIA BLOQUEADOS/ZIMEDE/CHINA/UNIDAD

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
HOSPITAL DE TRAUMA "MANUEL GIAGNI"
PUERTO ROJO

Dr. VICTOR MENZI GRASSI
Reg. Prof. 3452
JEFE DE TRAUMATOLOGIA
Hospital de Trauma "Manuel Giagni"

LPN N°21/2021 ID N°395.985 CTO.21/2021 D.G.N° 43/2021 PCTE.ROCIO BOGADO C.I.N° 4.140.232

RECEPCION DE LA MERCADERIA

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

ORIGINAL (Cliente)