VyT FARMA S.A.

IMPORTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN
DE ESPECIALIDADES MEDICINALES

Oficinas: Atilio Galfre c/ Calle 1 - 2° Piso.
Telefax: (595-21) 511 500/1 - (595-21) 521 727
Deposito y Facturación: Cap. Rivas esq. Yvapuryndy.
Telefax: (595-21) 573 112/3
San Lorenzo - Paraguay

N.I. 2.010.893

TIMBRADO Nº 15204773
" Válido hasta 30/noviembre/2022 "
RUC:80022776-0

NOTA DE REMISION

Nº 001-001-0000093

Nombre o Razón FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS - U.N.A.
Dirección completa del punto de partida: Atilio Galfre Nro. 132 c/ Calle 1
Dirección completa del punto de llegada: AVDA MCAL. LOPEZ C/ CRUZADA DE LA AMISTAD - SAN LORENZO
Localidad:

RUC o C.I. del Destinatario: 80001180-5
Nº de Vendedor: OFICIALES
Código de Cliente: C844
Depósito: OFVT

Fecha del inicio del traslado: 22/06/2022
Marca del vehiculo del transporte: SAITO
Nombre o Razón Social del Transportista: VyT FARMA S.A.
Nombre del Conductor: ROLANDO JAVIER LEIVA RAMIREZ
Dirección del Conductor: Atilio Galfre Nro. 132 c/ Calle 1

Fecha del término del traslado:
Numero de chapa: BGA 593
RUC del transportista: 80022776-0
C.I. del conductor: 3295049

MOTIVO DEL TRASLADO

Venta:	☐	Importación:	☐	Traslado locales empresa:	☐	Emisor móvil:	☐
Exportación:	☐	Consignación:	☐	Transformación:	☐	Exibición:	☐
Compra:	☐	Devolución:	☐	Reparación:	☐	Ferias:	☐

CODIGO	DESCRIPCION DE MERCADERIAS	LOTE	VENC.	CANT.
BIN0166OF	Bromuro de Vecuronio liof. x 1 fco. + 1 amp. OF	T21S662	15/09/2023	250
BIN0134OF	BROMURO DE PANCURONIO x 1 Amp. OF	B21F470	05/02/2023	2.000
XIN0196OF	XICLOVIR 250 mg polvo liof. x 1 fco. amp.OF	2001	30/11/2023	800
NIN0188OF	Noradrenalina BIOL Amp. X 1 OF	6915/3952	31/08/2023	1.000
SSO0071OF	Sulfato de Atropina iny. amp. x 1 OF	6827/3998	30/06/2023	569
SSO0071OF	Sulfato de Atropina iny. amp. x 1 OF	7061/1/4509	31/12/2023	431
AIN0080OF	ADENOSINA 6 MG (3MG/ML) INYECTABLE, AMPOLLA X 2 ML	6826/2/3495	30/06/2023	300
	LPN 05/22, ID N° 406368, RES D.N° 667/2022, CONT N° 68/22 ORDEN DE COMPRA: 90741			

Pascual González Chávez
Técnico en Farmacia
Reg. Prof. Nº 808
Suministro Hospitalario
UNA

NOMBRE Y APELLIDO DEL RECEPTOR: .....

FECHA DE RECEPCION: ..../..../....

FIRMA: .....

Enrique Benítez G.
Farmacia - Clínicas

23/6/22

AUTORIZACIÓN AUTOIMPRESOR Y TIMBRADO DE DOCUMENTOS Nº: 350050011575

ORIGINAL : CLIENTE

DEPEN
FACUL
HOSPI

(£)ITEM

Pedid
Interno (

Nº

Fecha

DPTO.
ADQUISIC

Firma J

34 Recibo de Dinero

Monto:

Verificado por:

Aclaración:

Observación:

Fecha: