



RUC.:

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

C L A V E D E A C C E S O



Dir. Matriz:

Dir. Sucursal:

Teléfono:

Razon Social:

RUC/CI:

Fecha Emisión:

Guía de Remisión:

Dirección

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
<b>Información Adicional</b>						
<b>Email:</b>						
SUBTOTAL SIN DESCUENTOS						
VALOR DESCUENTOS						
VALOR DESCUENTO ADICIO.						
SUBTOTAL 0%						
SUBTOTAL No objeto de IVA 0.00						
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS						
ICE 0.00						
<b>VALOR TOTAL</b>						