



PRODUCTO NO CONFORME



Fecha: _____

Producto: _____

Defecto: _____

Fecha de detección: _____

Fecha de tratamiento: _____

Tratamiento: Corregir Destruir Archivar Donación

Autorizado por: _____ Firma: _____



PRODUCTO NO CONFORME



Fecha: _____

Producto: _____

Defecto: _____

Fecha de detección: _____

Fecha de tratamiento: _____

Tratamiento: Corregir Destruir Archivar Donación

Autorizado por: _____ Firma: _____