

บริษัท พีเอ็มแอล พลัส จำกัด
ใบรับสินค้ากลับคืนบริษัทฯ

วันที่.....

รับยาคืนจาก.....

ที่อยู่.....

ลำดับที่	ชื่อสินค้า	ขนาดบรรจุ	จำนวน	หมายเหตุ

ขอรับรองว่าสินค้าที่ส่งคืน มีการเก็บรักษาไว้ในสถานะ และอุณหภูมิที่ถูกต้องตามเอกสารกำกับขาดตลอดเวลา

ชื่อผู้คืนสินค้า.....

ว/ด/ป ที่คืนสินค้า.....

ชื่อผู้รับคืนสินค้า

ว/ด/ป ที่รับคืนสินค้า