

Señor: COMERCIAL MUNOZ y CIA. SPA

Dirección: _____

Ciudad: Temuco

Sírvase despachar lo que a continuación se indica
ADM. DRESCO

DESCRIPCION	CANTIDAD	V.U.	TOTAL
SACHET DESABON GEL ALCOHOL x 800 ml	05	4.807	24.035

Patricio Aravena M.*Rut. 8.806.329-5*F. 403840*1co.

CONDICIONES DE PAGO:

CREDITO

CONTADO C/Factura.

TOTAL \$ 24.035

- Sr. Proveedor:
- La presente Orden de Compra tiene una validez de 30 días.
 - La Factura debe ser remitida a la dirección de la Gobernación Provincial de Cautín, de lo contrario esta entidad no se hará responsable de su cancelación.
 - Pago a contar de diez días de recibida la Factura

_____ P.P.