

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 157 Razón social: PHARMA CLUB S.A. DE C.V. Establecimiento: _____
 Contacto: Saúl Martínez Teléfono: 55-5609-1209 ext. 1115 Caja: _____ Fecha: 11-Jul-22

2. MOTIVOS DE DEVOLUCIÓN

1. Derivado de almacén 2. Captura en ventas 3. Control de calidad 4. Caducidad 5. Producto maltratado 6. Recall 7. Captura de cliente 8. Derivado de distribución

CLAVE BRUDI-FARMA (CODIGO SAP)	MATERIAL NOMBRE Y PRESENTACIÓN	CANTIDAD EN PIEZAS	LOTE	CADUCIDAD	NO. FACTURA FISCAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCION	# FOLIO 600	# FOLIO 84
500998	GELCAVIT PLATINUM CAP C/30 1.39 MG	1	22D619	30.04.2024	109847932		14/07/2022	3	60083517	84051126
507962	LINCOMICINA SOL INY C/6 600 MG	6	BM22M141	31.03.2024	109847931		14/07/2022	5	60083519	84051127
	#N/D									
	#N/D									
	#N/D									
	#N/D									
	#N/D									
	#N/D									

INSERTAR TANTAS LINEAS COMOS SEA NECESARIO

3. AUTORIZACIÓN DE LA DEVOLUCIÓN para llenar por el Ejecutivo de ventas

¿Se autoriza la devolución? Si: No: Ejecutivo que autoriza: Carlos Tuñero Morales Firma: Carlos T.M
 Fecha: 20-Jul-2022

4. RESULTADO DE LA VALIDACIÓN para llenar por el Supervisor/Auxiliar de devoluciones

Validado por: _____ Firma: _____ Fecha: _____