

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el clienteNumero de cliente: 157 Razón social: PHARMA CLUB, S.A. DE C.V.

Establecimiento: _____

Contacto: Saul Martinez Teléfono: 55-5609-1209

Caja: _____ de _____ Fecha _____

2. MOTIVOS DE DEVOLUCIÓN para llenar por el cliente y ejecutivo de ventas

| CLAVE BRUDIFARMA (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 |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------|--------|------------|--------------------|-------------------------|------------------|----------------------|-------------|------------|
| 507492 | QUINTULAC JBE C/125 ML | 3 | 22JX62 | 31-11-2024 | F-0109896876 | | 19/12/2022 | 5 | 60084901 | 84051756 |

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 Jovari Firma: Carlos JovariFecha: 22-Dic-2022**4. RESULTADO DE LA VALIDACIÓN para llenar por el Supervisor/Auxiliar de devoluciones**

Validado por: _____ Firma: _____ Fecha: _____