

1. DATOS DEL CLIENTE *para llenar por el cliente*

Numero de cliente: 1167 Razón social: ARREOLA MENDOZA EFRAIN Establecimiento: MANDUJANO
 Contacto LEO MECIAS PÉREZ Teléfono: 55 21 21 81 25 Caja: _____ de _____ Fecha de solicitud: 08-feb-22

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

1. Derivado de almacén 2. Captura en ventas 3. Control de calidad 4. Caducidad 5. Producto maltratado 6. Recall 7. Capura de cliente										
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
511023	RIOPAN GEL C/10 SOB 10 ML	1	12358420	30.SEP.24		F - 0109925470	04/04/2023	5		

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:_____ Firma:_____

Fecha:_____

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

Validado por: _____ Firma _____ Fecha _____