

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 346 Razon social: America Hernandez ENLACE Y DISTRIBUCION Establecimiento: _____
 Contacto: _____ Telefono: 777 299 1995 Calle: 1 de 1 Fecha de solicitud: 10-MAR-2023

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. Captura de cliente	8. Derivado de distribucion		
CLAVE BRUDIFARMA (CODIGO SAP)	MATERIAL NOMBRE Y PRESENTACION	CANTIDAD EN PIEZAS	LOTE	CADUCIDAD	NO. FACTURA FISGAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCION	# FOLIO 600	# FOLIO 84
508537	LAFHALUX AD SOL C/5 ML	2	3A005	31-ENE-2025		109916898	06-MAR-2023	5	60085430	84052032
508976	PROTAISOL AER C/200 DOSIS 20MCG	3	2C281	31-MAR-2025		109916900	06-MAR-2023	5	60085431	84052033

INSERTAR TANTAS LINEAS COMOS SEA NECESARIO

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

?Se autoriza la devolucion?: Si: No: Ejecutivo que autoriza: MA CONSUELO CASTILLO FLORES Firma: Ma Consuelo Castillo Flores
 Fecha: 10-MAR-2023

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

Validado por: _____ Firma: _____ Fecha: _____