

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 38 Razón social: FARMACIA DE GENERICOS Establecimiento: _____

Contacto: Francisco David Ruiz Teléfono: 55-30-05-07-44 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 10-Jul-23

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. Retiro de Mercado (Recall) 7. Captura de cliente 8. Derivado de distribución

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
504195	WADIL TAB C/60 500/5 MG	2	SD2346	30-abr-25		109944079	26-jun-23	5	60086694	84052672

*Insertar tantas líneas como sea necesario

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

¿Se autoriza la devolución?: SI: No: Ejecutivo que autoriza: MA. CONSUELO CASTILLO FLORES Firma: Ma Consuelo Castillo Flores

Fecha: 10-JUL-2023 Local: X Foraneo: Importe de la Devolución: Nota: Importe de \$3,000.00 Foraneas con transporte externo NO genera Devolución.

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

Validado por: _____ Fecha: _____