

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

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

Numero de cliente: 1153 Razón social: MOISES HERNANDEZ BURGOS Establecimiento: COMUNIDAD MTZALT9 COL.LA RETAMA,HUIXQUILUCAN,ESTADO DE MEXICO
 Contacto Isaias Rafael Secundino Teléfono: 5619104596 Caja: _____ de _____ Fecha de solicitud: 04/11/2022

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 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 |
| 508269 | CLINDAMICINA SOL INY C/1 600 | 2 | B22J607 | 30.06.2024 | | F - 0109885519 | 03.11.2022 | 5 | | |
| 509811 | VOLDRATOL SABOR COCO PVO C/28. | 2 | 21563 | 31.10.24 | | F - 0109885524 | 03.11.2022 | 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*

pezas del producto CLINDAMICINA SOL INY C/1 600 clave: 508269 venian en mal estado, como se puede apreciar en la evidencia fotográfica adjunta, tambien durante el conteo se detecto que dos sobres del producto VOLDRATOL SABOR COCO PVO C

Validado por: _____ Firma _____ Fecha _____