

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 21 Razón social: LEVIC Establecimiento: MORELIA

Contacto: EDGAR QUEZADA BRIONES Teléfono: 55 40 90 92 68 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 11-ene-24

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 PRESENTACION	CANTIDAD EN PIEZAS	LOTE	CADUCIDAD	NO. FACTURA FISCAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCION	# FOLIO 600	# FOLIO 84
500030	BRUPROXEN TAB C/10 500 MG	3456	308161	23-ago-25		109987182	11-dic-23	2	60089068	84054023

*Insertar tantas lineas 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: 11-ENE-2024 Local: _____ Foraneo: _____ Importe de la Devolución: \$ 50,526.72 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: _____ Firma _____ Fecha _____