

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 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 14-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 FISCAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCION	# FOLIO 600	# FOLIO 84
508493	VERIDEX TAB C/2 6 MG	135	221543	28-feb-2024	109916904	109916904	06-mar-202023	2	60085446	84052048
508492	VERIDEX TAB C/4 6 MG	360	221192	28-feb-2024	109916904	109916904	06-mar-202023	2	60085446	84052048

INSERTAR TANTAS LINEAS COMO SEA NECESARIO

3. AUTORIZACION DE LA DEVOLUCION 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: 14-MAR-2023

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

Validado por: _____ Firma: _____ Fecha: _____