

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de client	571	Razón social:	ANILU VELAZQUEZ JAEN	Establecimiento:	MEDECINE DEPOT SUCURSAL VALLE D E CHALCO	Contacto:	
Dirección: alfredo del mazo lote 7 mza 350 col. santa cruz valle de chalco st		Teléfono:	59712681	Caja:	de	Fecha de solicitud:	16-03-2022

2. MOTIVOS DE DEVOLUCIÓN para llenar por el cliente y ejecutivo de ventas

1. Derivado de almacén 2. Captura del cliente 3. Captura en ventas 4. Control de calidad 5. Caducidad 6. Producto maltratado 7. Recall

CLAVE BRUDIFARMA (CODIGO SAP)	MATERIAL NOMBRE Y PRESENTACIÓN	CANTIDAD EN PIEZAS	LOTE	FECHA DE FACTURA FISCAL	NO. FACTURA FISCAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	MOTIVO DE DEVOLUCION	# de Folio 600	# de Folio 84
501251	REDALIP TAB C/30 200MG	10	220666	10-may.-22	F-0109821451	111775048	1	SOBRO ESE PRODUCTO	
504760	SINFONILTAB C/20 300 MG	10	218768	10-may.-22	F-0109821451	111775048	1	FALTO ESE PRODUCTO	

Recibe producto supervisor/auxiliar de devoluciones:	Fecha y hora de recepción:	Recibido de:
Evidencias encontradas:		
Destino del producto:	Almacén para venta	Maltratado
	Destrucción	sello de inspeccionado

6. CREDITO Y COBRANZA para llenar por CyC

Ejecutivo de CyC:	Fecha de recibo de documentos:	Nota de crédito (00300):
Fecha de recibido por contabilidad:	Folio de documento contable:	Ejecutivo de contabilidad:

7. ENVÍO DE DOCUMENTO FISCAL A CLIENTE para llenar por el ejecutivo de ventas

Ejecutivo de ventas que realiza envío:	Fecha de envío:	Cliente realiza confirmación de recepción: Si:	No:
--	-----------------	--	-----