

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

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


Numero de cliente: 896 Razón social: MEDICIN MAYOREO DEL BAJIO Establecimiento: _____
 Contacto Rodrigo Guerra S Teléfono: 4626308961 Caja: 1 de 1 28/04/2022 28-abr-22

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
508741	JERINGA 20 ML SIN AGUJA	2000	20191113	13/11/2024	109815862		25/04/2022	2	60082723	84050730
508998	LAUR AD SOL INY C/3 500 MG	2	B2202091	29/02/2024	109815863		25/04/2022	5	60082724	84050731
506733	CEFALEXINA TAB C/20 500 MG	2	221053	29/02/2024	109815863		25/04/2022	5	60082724	84050731

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: Violeta Calderon Firma: 
 Fecha: 05-May-2022

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

Validado por: _____ Firma _____ Fecha _____