

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 1366 Razon social: EQUILIBRIO FARMACEUTICO, Establecimiento: SUC. TAPACHULA
 Contacto: DALILA ALEJANDRA CASTELLANOS Telefono: 962 118 1176 Calle: 1 de 1 Fecha de solicitud: 06-MAR-2023

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

CLAVE BRUDIFARMA (CODIGO SAP)	MATERIAL NOMBRE Y PRESENTACION	CANTIDAD EN PIEZAS	LOTE	CADUCIDAD	NO. FACTURA HSCAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCION	# FOLIO 600	# FOLIO 84
508734	QUIRMEX VENDA ELASTICA 10 CM	12	V215122	31-DIC-2027		109911865	15-FEB-2023	2	60085389	84052021
508735	QUIRMEX VENDA ELASTICA 15 CM	12	V150423	31-ENE-2028		109911870	15-FEB-2023	2	60085390	84052019
508909	QUIRMEX ALGODON PULSADO 50 GR	2	A3364922	31-DIC-2027		109911870	15-FEB-2023	5	60085391	84052020

INSERTAR TANTAS LINEAS COMO SEA NECESARIO

3. AUTORIZACION 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: 06-MAR-2023

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

Validado por: _____ Firma: _____ Fecha: _____