

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 531 Razón social: COMERCIAL GFC Establecimiento: _____
 Contacto: EDGAR QUEZADA BRIONES Teléfono: 55-44-90-92-63 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 28-JUN-2022

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 FISCAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCION	# FOLIO 600	# FOLIO 84
502381	SOLTRIM SUS C/120 ML	10	2030538	23-mar-2024		109834987	15-jun-2022	5	60083321	84050982
507957	GESTRYGEN SOL INY C/1 50/5 MG	3000	2040439	19-abr-2024		109834987	15-jun-2022	2	60083322	84050983

INSERTAR TANTAS LINEAS COMOS 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: 28-JUN-2022

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

Validado por: _____ Firma: _____ Fecha: _____