

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 346 Razón social: AMERICA HERNANDEZ Establecimiento: _____
 Contacto: _____ Teléfono: 777 299 1995 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 14-ABR-2023
 ENLACE Y DISTRIBUCION

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	GADUCIDAD	NO. FACTURA FISCAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCION	# FOLIO 800	# FOLIO 84
504870	NOVOLEXIN CAP C/14 40 MG	2	23092	28-feb-2026		109926176	10-abr-2023	5	60085781	84052206

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: MA CONSUELO CASTILLO FLORES Firma: Ma Consuelo Castillo Flores
 Fecha: 14-ABR-2023

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

Validado por: _____ Firma: _____ Fecha: _____