BRUDIFARMA

Grupo BRULUART División Comercial

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

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

Numero de cliente: **821** Razón social: **DISTRIBUIDORA MOF S.A DE C.V** Establecimiento: **MEDICINE DEPOT IXTAPALUCA**

Contacto **ELSA SOLIS FLORES** Teléfono: **5514020058** Caja: **1** de **1** Fecha de solicitud: **23-mar-23**

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 distribucion

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
500334	**GLUTA MAX TAB C/60**	10	GM21K009	31/10/2023	109921103	109921103	21/03/2023	4		

INSERTAR TANTAS LINEAS COMOS SEA NECESARIO

3. AUTORIZACIÓN DE LA DEVOLUCIÓN *para llenar por el Eecutivo de ventas*

¿Se autoriza la devolución?: Si :____ No:_____ Ejecutivo que autoriza:_____ Firma:_____

Fecha:_____

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

Validado por: _____ Firma _____ Fecha _____