

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE



1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 346 Razon social: \_\_\_\_\_

Contacto: America Hernandez

ENLACE Y DISTRIBUCION

Establecimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: 777 299 1995

Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 10-ABR-2023

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

	1. Derivado de almacen	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 REPRESENTACION	CANTIDAD EN PIEZAS	LOTE	CADUCIDAD	NO FACTURA FISCAL	NO FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCION	# FOLIO 600	# FOLIO 84
500207	BACTROPIN TAB C/14 800/160 MG	1	22113901	30-NOV-2025		109926234	03-ABR-2023	5	60085720	84052166
500093	CILOCID TAB C/20 5 MG	1	302338	28-FEB-2025		109925235	03-ABR-2023	5	60085722	84052167

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: 10-ABR-2023

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

Validado por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha