

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

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

Numero de cliente: 1148 Razón social: GRUPO QUIBRACHE SA DE CV Establecimiento: VERACRUZ
 Contacto ALMACEN Teléfono: 2295891515 Caja: _____ de _____ Fecha de solicitud: 21/12/2022

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	CADUCIDAD	NO. FACTURA FISCAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCION	# FOLIO 600	# FOLIO 84
550434	TERBINAFINA CMA 15G	1	R2208942	31/08/2024	109895053		13/12/2022			
555515	IPRASUAVELIN AMP C 10	1	2J523	31/10/2024	109895053		13/12/2022			
550513	SULFATIAZOL SOB 2G	5	1710818	20/08/2025	109895055		13/12/2022			

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: _____ Firma: _____
 Fecha: _____

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

Validado por: _____

Firma _____

Fecha _____