BRUDIFARMA

Grupo BRULUART

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

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

Numero de cliente: 169 Razón social: REDER CDMX Establecimiento:

Contacto HECTOR SANCHEZ CAMACHO Teléfono: Caja: 1 de 1 Fecha 13.12.2022

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 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
506354	CHARYN TAB C/3 500 MG	24	220776	31.08.2024		109893277	05.12.2022	5	60084776	84051726

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: Violeta Calderon Firma: Carlos. I. M. P. A

Fecha: 13-DIC-2022

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

Validado por: Firma Fecha