

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Número de cliente: 876 Razón social FARMACEUTICA CAHE Establecimiento: _____

Contacto Nayeli Teléfono: 33 1341 7421 Caja: 1 de 1 fecha de solicitud 06-jul-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. Retiro de Mercado (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
508998	LAUR AD SOL INY C/3 500 MG	30	B2301064	31-ene-25	B-4D88-B01E-	109923650	29-mar-23	1	60086659	84052635
508998	LAUR AD SOL INY C/3 500 MG	30	B2301064	31-ene-25	5-4741-99B6-	109923651	29-mar-23	1	60086660	84052636

*Insertar tantas líneas como sea necesario

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

¿Se autoriza la devolución?: Si: No:

Ejecutivo que autoriza: Carlos Javier Morales Firma: Carlos J.M.

Fecha: 06-Jul-2023 Local: _____ Foraneo: Importe de la Devolución: \$ 2,910.00 Nota: Importe de \$3,000.00 Foraneas con transporte externo **NO** genera Devolución.

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

Validado por: _____ Firma _____ Fecha _____