

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 165 Razon social: PROVEEDORA FARMACEUTICA RASEEstablecimiento: PROVEEDORA FARMACEUTICA RASECaja: 1Contacto: Ana Doñez Teléfono: 81-17-99-32-82 Fecha: 04-jul-22

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

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
500096	DIMOPEN SUS C/250 MG	960	204729	30.04.2022		198335891	10.06.2022	1	60083355	84051008

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: Violeta CalderonFirma: Fecha: 04-JUN-2022

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

--

Validado por: _____

Firma _____

Fecha _____