

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

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

Numero de cliente: 21 Razón social: LEVIC Establecimiento: SUC. TULTITLAN
 Contacto EDGAR IVAN QUEZADA BRIONES Teléfono: 777-299-1995 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 13-MAR-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
502381	SOLTRIM SUS C/120 ML	30	2020362	23-ABR-2024		109800580	15-MAR-2022	1	60082819	84050758
502381	SOLTRIM SUS C/120 ML	80	2020362	23-ABR-2024		109800577	15-MAR-2022	1	60082820	84050759

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: MA. CONSUELO CASTILLO FLORES Firma: M. Consuelo Castillo Flores
 Fecha: 13-MAY-2022

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

Validado por: _____ Firma _____ Fecha _____