

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 1871 Razon social: ROSSANA PUC Establecimiento: INDUFARMA MERIDA **MERIDA**

Contacto: _____ Telefono: 99-20-0217 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 27-nov-23

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

CLAVE BRUDIFARMA (CODIGO SAP)	MATERIAL NOMBRE Y PRESENTACION	CANTIDAD EN PIEZAS	LOTE	CADUCIDAD	NO. FACTURA FISCAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCION	# FOLIO 600	# FOLIO 84
501830	MACROFURIN CAP C/40 100 MG	1	3F1163	30-jun-25	109979377		10-nov-23	5	60088546	84053760
502386	GUAXOQUIM AD JBE C/140 ML	2	23F-S60	30-jun-25	109979377		10-nov-23	5	60088546	84053760
508364	PROGELBEN CAP C/20 100 MG	1	R243	31-mar-25	109979378		10-nov-23	5	60088548	84053761
508273	PRESLOPIN TAB C/30 5MG	100	RRR424	30-sep-24	109979378		10-nov-23	4	60088553	84053762
507272	DENFOR 600 COM C/60 1.74 GR	50	22S13719	31-OCT-20224	109979376		10-nov-23	4	60088554	84053763

*Insertar tantas lineas como sea necesario

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

?Se autoriza la devolución?: Si: No: Ejecutivo que autoriza: MA. CONSUELO CASTILLO FLORES Firma: *Ma Consuelo Castillo Flores*

Fecha: 27-NOV-2023 Local: _____ Foraneo: _____ Importe de la Devolución: _____ Nota: Importe de \$3,000.00 Foraneas con transporte externo NO genera Devolución.

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

Validado por: _____ Firma: _____ Fecha: _____