

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 346 Razon social: America Hernandez
 Contacto: _____

ENLACE Y DISTRIBUCION

Teléfono: 777 299 1995

Establecimiento: _____

Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 16-JUN-2023

2. MOTIVOS DE DEVOLUCION 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 |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------|----------|-------------|--------------------|-------------------------|------------------|----------------------|-------------|------------|
| 508533 | LORBENIL TAB C/10 500 MG | 9 | 302310 | 31-ENE-2025 | | 109940656 | 12-JUN-2023 | 5 | 60086464 | 84052541 |
| 502949 | TOFEL TAB C/10 50/500 MG | 2 | DP22NO01 | 30-NOV-2025 | | 109940656 | 12-JUN-2023 | 5 | 60086464 | 84052541 |
| 511625 | TEMPERAL PED SOL C/30 ML | 4 | 23125002 | 31-ENE-2026 | | 109940660 | 12-JUN-2023 | 5 | 60086465 | 84052542 |

INSERTAR TANTAS LINEAS COMOS SEA NECESARIO

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

?Se autoriza la devolucion?: SI: X No: _____
 Ejecutivo que autoriza: MA CONSUELO CASTILLO FLORES Firma: Ma Consuelo Castillo Flores
 Fecha: 16-JUN-2023

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

Validado por: _____ Firma: _____ Fecha: _____