BRUDIFARMA

Grupo BRULUART

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

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

Numero de cliente: 1278 Razón social: EQUIFARMA MEDICAL SOLUTIONS Establecimiento: VILLAHERMOSA

Contacto Ing. Lizeth Gonzalez Barahona Teléfono: 993-383-9606 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 15-NOV-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 distribucion

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
507492	QUIMTULAC JBE C/125 ML	120	22JX15	31-OCT-2024		109885264	01-NOV-2022	7	60084570	84051636

INSERTAR TANTAS LINEAS COMOS SEA NECESARIO

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

¿Se autoriza la devolución?: Si :_X No:_____ Ejecutivo que autoriza:___MA.CONSUELO CASTILLO FLORES Firma: Mª Consuelo Castillo Flores

Fecha:___15-NOV-2022

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

Validado por: _____ Firma _____ Fecha _____