BRUDIFARMA

Grupo BRULUART

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

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

ıero de cliente: 1103 Razón social **FARMACIAS DE MAYOREO SUC. TEOTIHUACAN** Establecimiento: **SUC: TEOTIHUACAN**

Contacto Geronimo Santillan Teléfono: Caja: 1 de 1 :echa de solicituc 05-jul-23

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. Retiro de Mercado (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
501706	DIALGIN SUS C/120 ML	5	23141229	31-may-25	5-4F9E-99E2-	109943266	21-jun-23	5	60086649	84052625

*Insertar tantas lineas comos sea necesario

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

¿Se autoriza la devolución?: Si : ✓ No: ____ **Ejecutivo que autoriza:** Violeta Calderon **Firma:**

Fecha: 05-Jul-2023 Local: ✓ Foraneo: ____ Importe de la Devolución: $144.50 **Nota: Importe de $3,000.00 Foraneas con transporte externo NO genera Devolución.**

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

Validado por: _____ **Firma** _____ **Fecha** _____