BRUDIFARMA

Grupo BRULUART

# SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

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

Numero de cliente: 1831 Razón social: BIANCA ESTHER GARDUÑO VILCHIS Establecimiento: _____

Contacto L.C. SARA PABELLO ORTEGA Teléfono: 7121464168 Caja: _____ de _____ Fecha de solicitud: 17-jun-24

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 500641 | DIZOLVIN FLUX 600/300 MG SOL C/12 | 3 | 24053 | 28/02/2026 | F-2000031865 | | 13/06/2024 | 5 | 60091101 | 84055087 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

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: CLAUDIA GONZALEZ Firma:

Fecha:_____17-JUN-2024_____

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

Validado por: _____ Firma _____ Fecha _____