

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 90 Razón social: FARMACIAS G.L. S.A. DE C.V. Establecimiento: PROHOGAR

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Caja: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: 15-nov-22

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
507067	MESBRU SOL INV C/1 150/10 MG	5	1111841	11-nov-23		109861565	16-ago-22	6	60084441	84051561
507067	MESBRU SOL INV C/1 150/10 MG	1	1111841	11-nov-23		109826830	24-may-22	6	60084444	84051579

INSERTAR TANTAS LINEAS COMO SEA NECESARIO

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

? Se autoriza la devolución?: Si:  No:

Ejecutivo que autoriza:

*Maria Guadalupe Sanchez Cisneros*

Fecha: 15 Nov 2022

Firma:

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

Validado por:

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 90 Razón social: FARMACIAS G.L. S.A. DE C.V. Establecimiento: CHP - QUINTA

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Caja: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: 15-nov-22

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 distribución			
CLAVE BRUDI-FARMA (CODIGO SAP)	MATERIAL NOMBRE Y PRESENTACIÓN	CANTIDAD EN PIEZAS	LOTE	CADUCIDAD	NO. FACTURA FISCAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCIÓN	# FOLIO 600	# FOLIO 84
507087	MESBRU SOL INV C/1 150/10 MG	2	2020066	22-feb-24	109877659	04-oct-22	6	60084509	8405	1613

INSERTAR TANTAS LINEAS COMO SEA NECESARIO

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

¿Se autoriza la devolución?: Si:  No:

Ejecutivo que autoriza: Maria Guadalupe Sanchez Cisneros Firma: [Firma]

Fecha: 15-Nov-2022

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

Validado por: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 90 Razón social: FARMACIAS G.L. S.A. DE C.V. Establecimiento: REMACIMIENTO

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Caja: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: 15-nov-22

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

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
507067	MESBRU SOL INV C/1 150/10 MG	3	1070683	15-Jul-23		109724887	10-sep-21	6	60084454	84051568
507067	MESBRU SOL INV C/1 150/10 MG	3	1070683	15-Jul-23		109761965	17-dic-21	6	60084455	84051569

INSERTAR TANTAS LINEAS COMO SEA NECESARIO

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

? Se autoriza la devolución?:  SI:  No: \_\_\_\_\_

Ejecutivo que autoriza: Maria Guadalupe Sánchez Cisneros

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: 15-Nov-2022

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

Validado por: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 90 Razón social: FARMACIAS G.L. SA DE C.V. Establecimiento: EL RETOÑO

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: 15-nov-22

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

CLAVE BRUDIFARMA (CODIGO SAP)	MATERIAL NOMBRE Y REPRESENTACIÓN	CANTIDAD EN PIEZAS	LOTE	CADUCIDAD	NO. FACTURA FISCAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCION	# FOLIO 600	# FOLIO 84
507067	MESBRU SOL INV C/1 150/10 MG	2	1070683	15-Jul-23		109738295	15-oct-21	6	60084456	84051570
507067	MESBRU SOL INV C/1 150/10 MG	2	1070683	15-Jul-23		109808129	01-abr-22	6	60084457	84051571

INSERTAR TANTAS LINEAS COMOS SEA NECESARIO

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

?Se autoriza la devolución?: SI:  No:

Ejecutivo que autoriza:

Firma:

*Maria Guadalupe Sanchez Cisneros*  
 Fecha: 15-Nov-2022

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

Validado por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 90 Razón social: FARMACIAS G.L. S.A. DE C.V. Establecimiento: RUSTICA XALOSTIJC  
 Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Caja: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: 15-nov-22

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

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
507067	MESBRU SOL INV C/1 150/10 MG	2	1111841	11-nov-23		109872006	12-sep-22	6	60084432	84051577

INSERTAR TANTAS LINEAS COMOS SEA NECESARIO

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

?Se autoriza la devolución?: SI:  No:   
 Ejecutivo que autoriza: Maria Guadalupe Sanchez Cisneros Firma: [Firma]  
 Fecha: 15-Nov-2022

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

Validado por: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_