

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE



1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 1396 Razon social: JORGE URQUIDEZ

DISTRIBUCIONES FARMACEUTICAS

Establecimiento:

Contacto: Telefono: 66-77-13-89-50

Fecha de solicitud: 15-DIC-2022

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
508863	PORTEM TAB C/10 750 MG	6	SI2203	30-SEP-2024		109893448	06-DIC-2022	1	60084815	84051738

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: MA CONSUELO CASTILLO FLORES

Firma: *Carlos M. P.A.*

Fecha: 15-DIC-2022

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

Validado por:

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha