

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 756 Razón social: ARIADNA ELIZONDO FERRUZZA Establecimiento: VICMA
 Teléfono: 442 227 2500 Cajer: 1 de 1 Fecha de solicitud: 16-oct-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 distribución

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
5093359	VIKROL TAB C/10 500 MG	10	3F1402	30-Jun-25		109971951	12-oct-23	1	60088039	84053457

*Insertar tantas líneas como sea necesario

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

¿Se autoriza la devolución?: SI NO
 Fecha: 16-OCT-2023 Local: _____ Foraneo: _____ Importe de la Devolución: _____
 Ejecutivo que autoriza: VIOLETA CALDERON Firma: 
 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 _____