

### SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

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

Numero de cliente: 147 Razón social: Alberto Rodríguez Rodríguez Establecimiento: Francisco Sarabia 70, Col. José Cardel, Xalapa, Veracruz

Contacto: David Sánchez Alarcón Teléfono: 228 8 18 59 52 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 31/10/2023

**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
508286	OLANZAPINA TAB C/14 5 MG	40	U22J467	30.06.2024	109974987	109974987	24/10/2023	4	60088277	84053595
506165	MONTELUKAST TAB C/20 10 MG	40	U22T373	31.10.2024	109974987	109974987	24/10/2023	4	60088278	84053596
508944	VICK VAPORUB UNG C/50 GR	30	23094354M1	30.09.2024	109974999	109974999	24/10/2023	4	60088279	84053597
507188	NIKZON TAB MAS C/40	10	3164019303	31.05.2025	109974985	109974985	24/10/2023	7		

\*Insertar líneas 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]* Firma: *[Firma]*

Fecha: 31-10-2023 Local: \_\_\_\_\_ Foraneos: \_\_\_\_\_ Importe de la Devolución: \_\_\_\_\_

Nota: Importe de \$3,000.00 Foraneos con transporte externo NO genera Devolución.

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

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