

## SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

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

Numero de cliente: 157 Razón social: PHARMA CLUB, S.A. DE C.V. Establecimiento: \_\_\_\_\_  
 Contacto Sergio Maldonado Teléfono: 52 729 306 1425 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 27-abr-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 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
500066	OXOLBRUL AD SOL C/120 ML	2	2020360	147.02.2024	F-0109811326		11.04.2022	5	60082697	84050705

INSERTAR TANTAS LINEAS COMOS SEA NECESARIO

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

¿Se autoriza la devolución?: Si : OK No: \_\_\_\_\_ Ejecutivo que autoriza: Violeta Calderon Firma: Carlos J. M.  
 Fecha: 27-Abr-2022

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

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