

## SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

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

Numero de cliente: 169 Razón social: REDER CDMX Establecimiento: \_\_\_\_\_  
 Contacto HECTOR SANCHEZ Teléfono: 5750-0745 EXT 122 Caja: 1 de 1 Fecha 25.11.2022

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
501361	DEXAMETASONA SOL INY C/1 8 MG	2	B22U808	31.07.2025		109889230	17.11.2022	3	60084654	84051679

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: Violeta Calderon Firma: \_\_\_\_\_  
 Fecha: 25-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