

## SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

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

Numero de cliente: 346 Razón social: ENLACE Y DISTRIBUCION Establecimiento: \_\_\_\_\_  
 Contacto AMERICA HERNANDEZ Teléfono: 777-299-1995 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 09-may-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 distribucion										
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
509375	VITAFUSIN AD SOL INY C/1 5 ML	1	T22F969	30-SEP-2023		109818735	02-MAY-2022	5	60082733	84050739

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.CONSUERO CASTILLO FLORES Firma: MA Consuelo Castillo Flores  
 Fecha: 09-MAY-2022

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

Validado por: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_