

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

Numero de cliente: 90 Razón social: FARMACIAS GI S.A DE C.V Establecimiento: HUIXQUILUCAN 3
 Contacto VERONICA SANCHEZ PEREZ Teléfono: 5527127341 Caja: _____ de _____ Fecha de solicitud: 15-nov-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. Capura de cliente										
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
508520	CLINDAMICINA 300 MG INY	6	B22A295	30/04/2024			10/11/2022	1		

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: _____ Firma: _____
 Fecha: _____

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

Validado por: _____ Firma _____ Fecha _____