

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 169 Razon social: REDER Establecimiento: _____
 Contacto: Hector Sanchez Camacho Teléfono: 55-57-50-07-45 Calle: 1 de 1 Fecha de solicitud: 25-JUN-2024

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 PRESENTACION	CANTIDAD EN PIEZAS	LOTE	CADUCIDAD	NO. FACTURA FISCAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCION	# FOLIO 600	# FOLIO 84
500082	TRIBEDOCE CTO SOL INY C/3	1	4030236	07-MAR-2024		2000033770	20-JUN-2024	5	60091199	84055137
500200	ARDOSONS CAP C/20 0.75/25/215 MG	3	24030832	31-MAR-2026		2000033771	20-JUN-2024	5	60091200	84055138
500283	NALIXONE TAB C/20 500/50 MG	1	24051764	31-MAY-2026		2000033771	20-JUN-2024	5	60091200	84055138

*Insertar tantas lineas como sea necesario

¿Se autoriza la devolución?: SI: No: Ejecutivo que autoriza: VIOLETA CALDERON Firma:

Fecha: 25-JUN-2024 Local: X Foraneo: Importe de la Devolucion: _____ Nota: Importe de \$3,000.00 Foraneas con transporte externo NO genera Devolucion.

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

Validado por: _____ Firma: _____ Fecha: _____