

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE



1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 121 Razon social: LOGISTICA EN DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS Establecimiento: _____
 Contacto: GUSTAVO FLORES Telefono: 5748-9250 EXT 109 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 11-Jul-2022

2. MOTIVOS DE DEVOLUCIÓN para llenar por el cliente y ejecutivo de ventas

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
508443	DESLOTTRIM TAB C/20 100 MG	5	RDS038	31-may-2024		109844676	07-Jul-22	5	60083481	84051095
507735	GOTADEX OFT SOL GOT C/5 ML	4	22340613	30-Jun-2024		109844674	07-Jul-22	5	60083482	84051096

INSERTAR TANTAS LINEAS COMO SEA NECESARIO

3. AUTORIZACION DE LA DEVOLUCION para llenar por el Ejecutivo de ventas

¿Se autoriza la devolucion?: Si: X No: _____
 Ejecutivo que autoriza: MA. CONSUELO CASTILLO FLORES Firma: Ma Consuelo Castillo Flores
 Fecha: 11-JUL-2022

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

Validado por: _____ Firma: _____ Fecha: _____