

## SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

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

Numero de cliente: 1236 Razón social: FARMA CRUE Establecimiento: CENTRAL DE ABASTO ECATEPEC  
 Contacto Lic. Juan Cedillo Teyssier Teléfono: (S) 58385409,24860519 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 05-abr-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. 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
500858	NOVAXEN TAB C/30 250 MG	50	620071	31.12.2024	F-0109806159		29.03.2022	1	60082453	84050623

INSERTAR TANTAS LINEAS COMO SEA NECESARIO

3. AUTORIZACIÓN DE LA DEVOLUCIÓN *para llenar por el Ejecutivo de ventas*

¿Se autoriza la devolución?: Si : OK No: \_\_\_\_\_

Ejecutivo que autoriza: Violeta Calderon

Firma: 

Fecha: 05-Abr-2022

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

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

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_