



SOLICITUD DEVOLUCIÓN DE MERCANCÍA

Código:	SDM
Versión:	1
Vigencia:	12/05/2021

Fecha: _____
 Nombre de la Empresa: _____
 Nombre del Solicitante: _____
 Ejecutivo de Ventas: _____

E-mail: _____
 Teléfono: _____

Referencia del Producto:	# de Factura (Adjuntarla)	Cantidad:	Referencia del Producto:	# de Factura (Adjuntarla)	Cantidad:
1	_____	_____	11	_____	_____
2	_____	_____	12	_____	_____
3	_____	_____	13	_____	_____
4	_____	_____	14	_____	_____
5	_____	_____	15	_____	_____
6	_____	_____	16	_____	_____
7	_____	_____	17	_____	_____
8	_____	_____	18	_____	_____
9	_____	_____	19	_____	_____
10	_____	_____	20	_____	_____

Motivo de Solicitud de la Devolución:

Nota: De acuerdo con **Las Políticas de Devolución (Documento Adjunto)** Diagnostimax Medical SAS se reserva el derecho de aceptar la devolución de mercancía.

CAUSAL DE DEVOLUCION:

Pedido errado por parte del Cliente Productos con defecto de fabricación Otros

Cuáles: _____

Solamente se elaborará la respectiva nota de devolución, si una vez revisado los productos por el almacén cumplen con todos los requisitos de calidad empaques y cajas en perfecto estado; de no cumplir con alguno de estos requisitos la devolución no será aceptada.

Devolución SI Motivo: _____
 aceptada NO Bodega a Ingresar _____

_____ Almacé _____ Centro de _____ Gerencia de Mercado

N.C. No. Elaborada por: _____