

SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN DE DEVOLUCIONES

FECHA:

CÓDIGO DEL CLIENTE	
CLIENTE	
FACTURA N°	REMITO N°

PRODUCTO					MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN								
DESCRIPCIÓN	LOTE	VENCIMIENTO	CANTIDAD	MARCA - LABORATORIO	FECHA DE RECEPCIÓN	CORTO VTO.	ROTURA	PRECIPITADA	NO PEDIDO	DIF. CANTIDAD	OTROS	OBSERVACIONES	SUPERVISADO Y APROBADO POR D.T.F.

OBSERVACIONES:

Sr. Cliente:

- 1- Por RECLAMOS dentro de las 48hs de recibida la mercadería, contactarse con la Responsable de Atención al Cliente (TE 0351-153090439).
- 2- Ante una DEVOLUCIÓN, por favor contactarse primero con su vendedor.
- 3- Solo se recibirán devoluciones una vez que hayan sido aceptadas por escrito, previo envío de esta "Solicitud para Autorización de Devoluciones" a la siguiente casilla: [atencionalcliente@drogueriacapdevila.com.ar](mailto:atencionalcliente@drogueriacapdevila.com.ar), o al siguiente número de fax: 0351-4743570.
- 4- Recuerde que todo traslado de mercadería deberá realizarse con el respaldo de la documentación exigida por la RG (DGI) N°3419/91 (EMITIR REMITO)

Por el cliente:

Sello de la empresa

Firma y aclaración

Casa central: Francisco Suárez 2760. B° Los Paraísos. Córdoba - CP: X5008LHH  
Tel. (0351) 4743570 (Rot.) / 4745521 / 4745332 / 4744969  
[central@drogueriacapdevila.com.ar](mailto:central@drogueriacapdevila.com.ar) / [drogueriacapdevilasrl@gmail.com](mailto:drogueriacapdevilasrl@gmail.com)

Sucursal Salta: Maipú 289. B° Lib. Gral. San Martín. Salta - CP: A4400FOE  
Tel. (0387) 4218898 (Rot.) / 4222327  
[salta@drogueriacapdevila.com.ar](mailto:salta@drogueriacapdevila.com.ar) / [drogcapdevilasalta@hotmail.com](mailto:drogcapdevilasalta@hotmail.com)