

|  |  |
| --- | --- |
| N.º Orden: | Producto(s): |
| Posee factura: Si \_\_ No \_\_ | Vendedor: |
| Fecha de Recepción: | Fecha de Reclamo: |
| Datos del cliente:Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cédula de Identidad: V: J: E: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|
|
|
|
|
| Motivo de devolución * Producto dañado
* Diferencia de talla / color.
* Sin inventario disponible.
* Inconformidad: Devolución del dinero.
* Otro

Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|
|
|
|
|
|  |
| **Firmas:** **Cliente Gerente Auditoría Control Posterior** |
|

**FORMULARIO PARA DEVOLUCIONES**

|  |
| --- |
| **Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cédula de Identidad -\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, respaldo y acepto que todo lo anteriormente descrito corresponde en su totalidad a la veracidad de la devolución solicitada, razón por la cual me hago responsable de la solicitud elevada.** |