

Cliente: Nombre o razón social			NIT	
Fecha en la que realiza la solicitud			Asesor comercial	
DD	MM	AAAA	Numero de factura de venta	
Indique la sede en donde va a realizar la devolución: <input type="checkbox"/> Sede calle 15 <input type="checkbox"/> Sede calle 14 <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 100px;" type="text" value="¿Cuál?"/>				
Tipo de devolución que va a realizar: <input type="checkbox"/> Devolución parcial <input type="checkbox"/> Devolución total				
Item	Referencia	Descripción del material		Cantidad
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
Describe el motivo por el cual realiza la solicitud de devolución del material:				
He leído y acepto la política de devoluciones y garantías de Cameleco SAS. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Nombre claro y número de cedula de quien realiza la solicitud			Sello de la empresa solicitante	
Campo exclusivo para diligenciamiento por parte de Cameleco S.A.S.				
Fecha de verificación de material:			Observaciones en la verificación del material:	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>				
Nombre verificación de material Calle 14:				
Nombre verificación de material Calle 15:				