

เล่มที่

บริษัท พีเอ็มแอล ฟาร์มาซูติคอลส์ จำกัด

เลขที่

ต้นฉบับแผนกออเดอร์

ใบรับสินค้าส่งคืน

GOODS RETURNED

วันที่...../...../.....

เรียน	เหตุผลที่คืนสินค้า	จุดประสงค์ที่คืนสินค้าเพื่อ
รับสินค้าคืนจาก	<input type="checkbox"/> สินค้าใกล้หมดอายุ <input type="checkbox"/> สินค้าหมดอายุ	<input type="checkbox"/> ทำใบลดหนี้โดยหักกับบิลเลขที่..... <input type="checkbox"/> ลดหนี้บางส่วน <input type="checkbox"/> ลดหนี้ทั้งบิล (แนบใบเสร็จรับเงิน/บิลทั้งชุด) <input type="checkbox"/> แลกเปลี่ยนเป็นสินค้าในมูลค่าที่เท่ากัน
รหัสลูกค้า	<input type="checkbox"/> สินค้าชำรุด <input type="checkbox"/> แก้ไขบิล / แก้ไขราคา (ต้องมีบิลคืนทั้งชุด)	
ชื่อพนักงานขาย	<input type="checkbox"/> มีสินค้าคืน <input type="checkbox"/> มีสินค้าคืนบางส่วน	
รหัสพนักงานขาย	<input type="checkbox"/> มีสินค้าคืนทั้งบิล <input type="checkbox"/> ไม่มีสินค้าคืน	
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ	

สินค้าส่งคืน									สินค้าแลกเปลี่ยน				
รายการเวชภัณฑ์	ขนาดบรรจุ	ล็อต	วันผลิต (ว/ด/ป)	วันหมดอายุ (ว/ด/ป)	จำนวน	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	เข้าคลัง	รายการเวชภัณฑ์	ขนาดบรรจุ	ล็อต	จำนวน	จำนวนเงิน
พนักงานขาย		ผู้ควบคุมการขาย			ผู้จัดการฝ่ายขาย				แผนกจัดซื้อ/DRP			แผนกคลังสินค้า	
วันที่...../...../.....		วันที่...../...../.....			วันที่...../...../.....				วันที่...../...../.....			วันที่...../...../.....	

หมายเหตุ :

.....

เล่มที่

บริษัท พีเอ็มแอล ฟาร์มาซูติคอลส์ จำกัด

เลขที่

สำเนาแผนกคลังสินค้า

ใบรับสินค้าส่งคืน

GOODS RETURNED

วันที่...../...../.....

เรียน	เหตุผลที่คืนสินค้า	จุดประสงค์ที่คืนสินค้าเพื่อ
รับสินค้าคืนจาก	<input type="checkbox"/> สินค้าใกล้หมดอายุ <input type="checkbox"/> สินค้าหมดอายุ	<input type="checkbox"/> ทำใบลดหนี้โดยหักกับบิลเลขที่..... <input type="checkbox"/> ลดหนี้บางส่วน <input type="checkbox"/> ลดหนี้ทั้งบิล (แนบใบเสร็จรับเงิน/บิลทั้งหมด) <input type="checkbox"/> แลกเปลี่ยนเป็นสินค้าในมูลค่าที่เท่ากัน
รหัสลูกค้า	<input type="checkbox"/> สินค้าชำรุด <input type="checkbox"/> แก้ไขบิล / แก้ไขราคา (ต้องมีบิลคืนทั้งหมด)	
ชื่อพนักงานขาย	<input type="checkbox"/> มีสินค้าคืน <input type="checkbox"/> มีสินค้าคืนบางส่วน	
รหัสพนักงานขาย	<input type="checkbox"/> มีสินค้าคืนทั้งบิล <input type="checkbox"/> ไม่มีสินค้าคืน	
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ	

สินค้าส่งคืน									สินค้าแลกเปลี่ยน				
รายการเวชภัณฑ์	ขนาดบรรจุ	ล็อต	วันผลิต (ว/ด/ป)	วันหมดอายุ (ว/ด/ป)	จำนวน	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	เข้าคลัง	รายการเวชภัณฑ์	ขนาดบรรจุ	ล็อต	จำนวน	จำนวนเงิน

พนักงานขาย	ผู้ควบคุมการขาย	ผู้จัดการฝ่ายขาย	แผนกจัดซื้อ/DRP	แผนกคลังสินค้า
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....

หมายเหตุ :

.....