



NeoMedical

DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

CLIENTE: _____

FECHA: _____

ESTIMADO CLIENTE, LE INFORMAMOS QUE CON ESTA FECHA ESTAMOS HACIENDO UNA AUDITORIA EN NUESTRA CARTERA DE CLIENTES DE CREDITO EN LA ZONA DE _____ DE LA CUAL EL SR. _____ ES NUESTRO REPRESENTANTE. ES POR ELLO, LE SOLICITAMOS SU COOPERACION DANDO SU TESTIMONIO SI EL SALDO EN RELACION A FACTURAS Y NOTAS DE CARGO QUE NUESTRO DEPARTAMENTO DE CREDITO Y COBRANZA TIENE SON LOS CORRECTOS. SIENDO ESTOS LOS SIGUIENTES FOLIOS:

FIRMA DE CONFORMIDAD

EN CASO DE NO ESTAR DE ACUERDO EN LO ANTERIOR O EXISTIR ALGUNA ANOMALIA POR PARTE DE NUESTRO REPRESENTANTE CONTRA EL SALDO PRESENTADO, FAVOR DE DETALLARLO A CONTINUACION:

EN CUANTO A LA ENTREGA DE MERCANCÍA HAGANOS SABER SI HUBO ENTREGA DE RECIBO DE DEVOLUCIÓN.

FIRMA Y NOMBRE

FIRMA Y NOMBRE

FIRMA Y NOMBRE

AGENTE DE VENTAS

SUPERVISOR

CLIENTE