

**Acuerdo de Adhesión
Carta de Aceptación**

.....
Lugar y Fecha

Señores

Laboratorios Ferring S.A.

Av. Libertador 350 6° piso, Vicente Lopez, Provincia de Buenos Aires.

Ref. Adhesión al Programa "Beneficiarte"

De nuestra mayor consideración

Yo _____, en mi carácter de _____ de las farmacias _____, me dirijo a Laboratorios Ferring S.A. para manifestarles, por intermedio de este documento, nuestra adhesión a participar como **farmacias adheridas** (las farmacias poseedores de los códigos IMED que se describen) en el Programa "Beneficiarte" bajo los Términos y Condiciones de adhesión que obran como cuerpo principal al presente Anexo I.

Al respecto, declaro en las farmacias que cumpliremos con los Términos y Condiciones de adhesión referidos, que conocemos el Programa y/o el Sistema y nos comprometemos a:

- i) Informarnos periódicamente de los beneficios vigentes y atender adecuadamente a los pacientes adheridos al Programa;
- ii) Otorgar a los pacientes adheridos al Programa los descuentos, bonificaciones y/o beneficios que se encuentren vigentes;
- iii) Respetar el software utilizado por el Administrador para el funcionamiento del Sistema y/o Programa, sin intentar y/o realizar cambios, adaptaciones y/o desarrollos en los mismos.
- iv) Cumplir con el instructivo de uso del sistema que se encuentra vigente en el website www.imed.com.ar

.....
Firma

.....
Aclaración

Sello de la farmacia

Códigos IMED de las sucursales

9	9	0								
9	9	0								
9	9	0								
9	9	0								
9	9	0								
9	9	0								
9	9	0								
9	9	0								
9	9	0								
9	9	0								
9	9	0								
9	9	0								
9	9	0								
9	9	0								
9	9	0								
9	9	0								

Datos de Afiliación de la Farmacia

(una planilla por cada sucursal o archivo excel con las columnas solicitadas debajo)

Estos Datos son Obligatorios para el correcto armado del **Circuito de Nota de Crédito**

Código IMED (11 dígitos en total)	990
CUIT	
Razón Social	
Nombre de la Farmacia	
Dirección Calle	
Dirección Nro.	
Código Postal	
Localidad (Barrio en el caso de CABA)	
Provincia	
Mail de contacto	
Teléfono de la Farmacia	
Contacto Apellido	
Contacto Nombre	
Droguería por donde recibirá la nota de crédito	
Número de cliente en Droguería	
Sistema de facturación utilizado	