

Anexo II

Acuerdo de Adhesión Carta de Aceptación

.....
Lugar y Fecha

Señores

AstraZeneca S.A.

Nicolás De Vedia 3616, Piso 8°, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ref. Adhesión al Programa "Elegir Salud"

De nuestra mayor consideración:

....., en mi carácter de de titulares de la farmacia situada en (en adelante la "Farmacia"), me dirijo a AstraZeneca SA para manifestarles, por intermedio de este documento, nuestra adhesión a participar como **farmacia adherida** en el Programa "ELEGIR SALUD-AYUDA EXTRA" bajo los Términos y Condiciones de adhesión que obran como cuerpo principal al presente Anexo I.

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

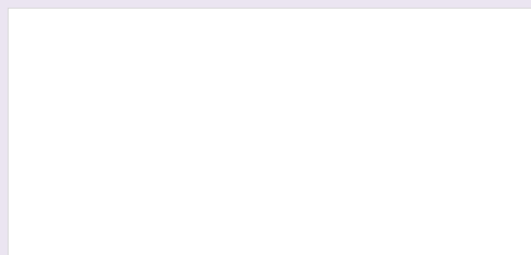
- i) Informarnos periódicamente de los beneficios vigentes y atender adecuadamente a los pacientes adheridos al Programa;
- ii) Otorgar a los pacientes adheridos al Programa los descuentos, bonificaciones y/o beneficios que se encuentren vigentes;
- iii) Respetar el software utilizado por el Administrador 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

Código IMED

9	9	0								
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Datos de Afiliación de la Farmacia

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

1.	Código IMED	
2.	C.U.I.T.	
3.	Razón Social	
4.	Nombre de la Farmacia	
5.	Dirección Calle	
6.	Dirección Número	
7.	Código Postal	
8.	Localidad (Barrio en el caso de C.A.B.A.)	
9.	Provincia	
10.	E mail de Contacto	
11.	Teléfono de la Farmacia	
12.	Contacto Apellido	
13.	Contacto Nombre	
14.	Sistema de Facturación Utilizado	
15.	Droguería Seleccionada para la Nota de Crédito	
16.	Número de Cliente de la Fcia. en esa Droguería	