



**Acuerdo de Adhesión
Carta de Aceptación**

.....
Lugar y Fecha

Señores
Aspen Argentina S.A.
Juana Manso 1750 2º Piso
CP 1107 – CABA - Argentina

Ref. Adhesión al Programa "FARMASPEN"

De nuestra mayor consideración

Yo _____, en mi carácter de _____ de las farmacias _____, me dirijo a Aspen Argentina S.A. para manifestarles, por intermedio de este documento, nuestra adhesión a participar como **farmacias adheridas** en el Programa "Farmaspen" 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 ww.imed.com.ar

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
Sello de la farmacia

Datos de Afiliación de la Farmacias

(una planilla por punto de venta)

**Estos Datos son Obligatorios para el correcto armado del Circuito de Nota de Crédito
EN CASO DE SER VARIAS SUCURSALES PUEDEN UTILIZAR UN FORMATO XLS COMPLETANDO LAS
COLUMNAS DE DATOS CORRESPONDIENTES A CADA SUCURSAL)**

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	