



Acuerdo de Adhesión Carta de Aceptación

Lugar y Fecha: _____ / ____ /20____
(dd/mm/aaaa)

Señores IVAX Argentina S.A.
Juan Jose Castelli 6701,
(1606) Villa Adelina- Pcia. de Buenos Aires
Ref. Adhesión al Programa "TEVA CUIDAR"

De nuestra mayor consideración:

Yo, _____ DNI Nro. _____ en mi carácter de _____ de la farmacia _____ situada en _____ (en adelante la "Farmacia"), me dirijo a IVAX Argentina S.A. para manifestarles, por intermedio de este documento, nuestra adhesión a participar como farmacia adherida en el Programa "TEVA CUIDAR" bajo los Términos y Condiciones de adhesión que obran en el 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 y los Términos y Condiciones que obran en el Anexo I adjunto al presente.

Firma

Aclaración

Código IMED

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

Sello de la Farmacia