Acuerdo de Adhesión

Carta de Aceptación

Señores GlaxoSmithKline Argentina S.A.
Carlos Casares 3690 San Fernando – Buenos Aires
Ref. Adhesión al Programa Dar Vida Saludable

Lugar y Fecha

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a ustedes para manifestar, por intermedio de este documento, nuestra adhesión a participar como **farmacia adherida** en el plan ***Programa Dar Vida Saludable*** bajo los Términos y Condiciones de Adhesión.

Firma

Aclaración

Sello Farmacia

Datos de Afiliación: **Estos datos son Obligatorios** para el correcto armado del **Circuito de Nota de Crédito**.

1	Código IMED (ver abajo)
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 para CABA)
9	Provincia
10	eMail de contacto
11	Telefono de la Farmacia
12	Contacto Apellido
13	Contacto Nombre
14	Nombre Software House (ver abajo)
15	Droguería a Utilizar Nota de Crédito
16	Nro Cuenta con la Droguería

ACLARACIONES:

- Completar los formularios con letra Imprenta legible.
- El Código IMED es de 11 dígitos y comienza con 990
- Verificar la correcta descripción del CUIT para evitar problemas con las Notas de Crédito
- El email de contacto deberá ser el mismo de donde se enviará la documentación
- El “Nombre del Software House” se refiere al sistema de facturación utilizado por la farmacia

Ante Consultas o modificaciones contáctese vía programadarfcias@avanterlatam.com