

Acuerdo de Adhesión
Carta de Aceptación

Lugar y Fecha.....

Señores

Rossmore Pharma

José Cubas 3351/53

C1419GMY – C.A.B.A.

TEL 4574-4455

Ref. Adhesión al Programa Rossmore Pharma

De nuestra mayor consideración

Yo _____, en mi carácter de _____ de las
farmacias

_____, me dirijo a Laboratorios Rossmore Pharma 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 “Rossmore” 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