

## Carta de Aceptación

.....  
Lugar y Fecha

Señores Abbott Laboratories Argentina S.A.A  
Ing Enrique Butty 240, C1106 CABA

**Ref. Adhesión al Programa "Nutrirmas"**

De nuestra mayor consideración:

Yo \_\_\_\_\_, en mi carácter de \_\_\_\_\_ de  
la/s \_\_\_\_\_ farmacia/s [INDICAR MARCA Y DENOMINACIÓN  
SOCIAL] \_\_\_\_\_ (en adelante la "Farmacia/s"), me dirijo **Abbott**

**Laboratories Argentina S.A.** para manifestarles, por intermedio de este documento, nuestra adhesión a participar como farmacia adherida en el Programa "Nutrirmas" (en adelante, el "Programa") bajo los Términos y Condiciones de adhesión descargados del sitio la web [www.programanutrirmas.com.ar](http://www.programanutrirmas.com.ar) -del programa por Uds. establecidos.

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

- Informarnos periódicamente de los beneficios vigentes y atender adecuadamente a los pacientes adheridos al Programa;
- Permitir la capacitación de nuestro personal por Abbott Laboratories Argentina S.A. y/o la persona que éste designe;
- Otorgar a los pacientes adheridos al Programa los descuentos, bonificaciones y/o beneficios que se encuentren vigentes;
- Respetar el software utilizado por el Laboratorio y/o quien éste designe para el funcionamiento del Sistema y/o Programa, sin intentar y/o realizar cambios, adaptaciones y/o desarrollos en los mismos.
- Cumplir con el reglamento de uso del sistema que se encuentra vigente en el website [www.imed.com.ar](http://www.imed.com.ar)

.....  
Firma

.....  
Aclaración

Sello de la Farmacia