

**Carta de Aceptación de los Términos y Condiciones de Adhesión  
al programa “Cuponeras Andrómaco”**

**LABORATORIOS ANDROMACO SAICI**  
**Av. Ingeniero Huergo 1145**  
**CP 1107 - C.A.B.A.**  
**Argentina**

Estimados señores:

Yo, \_\_\_\_\_ DNI Nro. \_\_\_\_\_ en mi carácter de \_\_\_\_\_ de la farmacia \_\_\_\_\_ situada en \_\_\_\_\_ (en adelante la “Farmacia”), me dirijo a LABORATORIOS ANDROMACO S.A.I.C.I. para manifestarles, por intermedio de este documento, nuestra adhesión a participar como farmacia adherida en el Programa Cuponerias Andromaco 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 utilizado para la validación (IMED) y nos comprometemos a:

- i. Informarnos periódicamente de los beneficios vigentes y atender adecuadamente a los consumidores adheridos al Programa;
- ii. Otorgar a los consumidores adheridos al Programa los descuentos, bonificaciones y/o beneficios que se encuentren vigentes en los cupones;
- 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 validador enviado y que además se encuentra disponible en la página web [www.imed.com.ar](http://www.imed.com.ar) y los Términos y Condiciones que obran en el Anexo I adjunto al presente.

Lugar: \_\_\_\_\_.

Fecha: \_\_\_\_\_.

---

Nombre y Firma