

ADHESION PROGRAMA DE BONOS EUCERIN

Datos de Afiliación

1.	CODIGO IMED	9	9	0										
2.	C.U.I.T.													
3.	RAZON SOCIAL													
4.	NOMBRE DE LA FARMACIA													
5.	CALLE													
6.	NÚMERO													
7.	CODIGO POSTAL													
8.	LOCALIDAD (Barrio en caso de C.A.B.A.)													
9.	PROVINCIA													
10.	TELÉFONO DE LA FARMACIA													
11.	APELLIDO DEL CONTACTO													
12.	NOMBRE/S DEL CONTACTO													
13.	E MAIL DE CONTACTO													
14.	NOMBRE DEL SOFTWARE HOUSE													
15.	ES CLIENTE DIRECTO DEL LABORATORIO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO												
16.	NÚMERO DE CLIENTE EN EL LABORATORIO													
16.	DROGUERIA POR DONDE RECIBIRÁ LA NOTA DE CREDITO (solo para farmacias que operan vía droguería)													
17.	NÚMERO DE CLIENTE EN LA DROGUERIA (solo para farmacias que operan vía droguería)													

ACLARACIONES:

- Chequear que el código IMED sea un número de **11 dígitos** que comienza con 990...
- Verificar la correcta descripción del CUIT para evitar problemas con las notas de crédito.
- Chequear que el email elegido para notificaciones sea legible y tenga capacidad de recepción.
- El "nombre de software house" solicitado se refiere al nombre del sistema de facturación usado en la farmacia.
- Por consultas envíenos un email a cuponeraseucerin@avanterlatam.com**
- El pago de la nota de crédito en clientes indirectos se realizará SOLO a través de la droguería escogida por el cliente en esta planilla.**

ESTOS DATOS SON NECESARIOS PARA CORRECTA LIQUIDACION Y ENVIO DE LA NOTA DE CREDITO