

PROGRAMA DE ADHERENCIA

Datos de Afiliación

1.	CODIGO IMED	
2.	C.U.I.T.	
3.	RAZON SOCIAL	
4.	NOMBRE DE LA FARMACIA	
5.	CALLE	
6.	NUMERO	
7.	CODIGO POSTAL	
8.	LOCALIDAD (Barrio en caso de C.A.B.A.)	
9.	PROVINCIA	
10.	TELEFONO DE LA FARMACIA	
11.	APELLIDO DEL CONTACTO	
12.	NOMBRE/S DEL CONTACTO	
13.	E MAIL DE CONTACTO	
14.	ES CLIENTE DIRECTO DE GALDERMA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
15.	NUMERO DE CLIENTE EN GALDERMA	
16.	DROGUERIA POR DONDE RECIBIRÁ LA NOTA DE CREDITO (Sólo completar en caso de No ser cliente directo de Galderma)	
17.	NUMERO DE CLIENTE EN LA DROGUERIA (Sólo completar en caso de No ser cliente directo de Galderma)	

ACLARACIONES:

- Chequear que el código IMED sea un numero 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 al fcia.
- Por consultas envienos un email a cuponerasgalderma@avanterlatam.com

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