

ADHESION PROGRAMA DE BONOS ISDIN

Datos de Afiliación

1.	CODIGO IMED	9	9																
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 DE ISDIN	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO si contestó SI no complete los casilleros 17 y 18																	
16.	NÚMERO DE CLIENTE ISDIN																		
17.	DROGUERIA POR DONDE RECIBIRÁ LA NOTA DE CREDITO (sólo completar en caso de NO SER CLIENTE DIRECTO DE ISDIN)																		
18.	NÚMERO DE CLIENTE EN LA DROGUERIA (sólo completar en caso de NO SER CLIENTE DIRECTO DE ISDIN)																		

ACLARACIONES:

- Chequear que el código IMED sea un número de **11 dígitos** que comienza con 99...
- 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 cuponerasisdin@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