



**Carta de Aceptación de los Términos y Condiciones de Adhesión
al programa “Bonos Sidus Dermocosmética”**

Sidus Dermocosmética
Av. Dardo Rocha 986
CP 1640 – Martínez
Provincia de Buenos Aires
Argentina

Estimados señores:

Yo, _____ DNI Nro. _____ en mi carácter de _____ de la farmacia _____ situada en _____ (en adelante la “Farmacia”), me dirijo a Sidus Dermocosmética para manifestarles, por intermedio de este documento, nuestra adhesión a participar como farmacia adherida en el Programa **Bonos Sidus Dermocosmética** 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 y los Términos y Condiciones que obran en el Anexo I adjunto al presente.

Lugar: _____.

Fecha: _____.

Nombre y Firma