

El que suscribe..... D.N.I.Nº..... en mi carácter de único propietario, socio gerente, socio comanditado, apoderado (tachar lo que no corresponda), según consta en la documentación adjunta, de la FARMACIA denominada, en adelante LA FARMACIA sita ende la ciudad de, provincia de, solicito ser incorporado al PAP DESCUENTO - PRESERFAR ADMINISTRACION DE PROMOCIONES DE DESCUENTO, el sistema integrado de administración de promociones, creado por PRESERFAR S.A. con domicilio en Alicia Mareau de Justo 2050 1º piso of. 105 de la Ciudad de Buenos Aires, en adelante PRESERFAR, destinado a viabilizar las promociones ofrecidas por los laboratorios al público en general.

Las promociones son beneficios al paciente a cargo del laboratorio, que se generan con la prescripción del médico y entrega de un bono PAP DESCUENTO que permite a la FARMACIA validar la promoción. El PAP DESCUENTO y mi adhesión al sistema se rigen de acuerdo con las siguientes cláusulas y condiciones:

1. La FARMACIA adhiere al sistema PAP DESCUENTO mediante la firma y entrega de esta solicitud de adhesión a PRESERFAR S.A.
2. Una vez solicitada el alta, PRESERFAR activa e incorpora a la FARMACIA a PAP DESCUENTO en ese momento. La adhesión de la farmacia PAP DESCUENTO obliga a esta a atender todas las promociones vigentes en el sistema.
3. La dispensa de las promociones se registrarán por este formulario F-ADFAR-02, el instructivo de dispensación para farmacias o los que en el futuro se comuniquen y los requisitos que exija el bono PAP DESCUENTO en particular para la promoción, las que deberán ser verificadas por la FARMACIA en cada oportunidad de validación de una promoción. Las dispensas que no se ajusten serán debitadas y no darán derecho a reclamos de daños ni perjuicios ni de ningún tipo.
4. Con la generación del código de validación de la operación, la FARMACIA recibirá una nota de recupero de crédito equivalente al descuento de la promoción PAP.
5. Quincenalmente PAP DESCUENTO emitirá notas de recupero de descuentos a favor de la FARMACIA para que estas las aplique contra la droguería seleccionada en cada cierre de lote generado manualmente.
6. La farmacia deberá remitir mensualmente la documentación correspondiente (cupón de validación, troquel, ticket de venta), para su auditoria física. PRESERFAR verificará si la dispensa realizada cumplió con las normas del sistema. En caso de verificarse incumplimientos o la falta de remisión de la documentación antes mencionada, PRESERFAR podrá realizar los débitos correspondientes, los que se realizarán en la próxima liquidación. Pasados 60 días de la recepción de los bonos en PRESERFAR la liquidación del periodo quedará firme y no podrán realizarse débitos. Queda perfectamente aclarado que los débitos por diferencias de precios, porcentajes de descuento, deficiencias en la provisión según las normas establecidas, y/o cualquier otra causa que no cumpla con dichas normas, serán soportados exclusivamente por la FARMACIA o podrán ser reclamados por PRESERFAR.
7. Las promociones y descuentos comerciales que realizan los laboratorios por medio de bonos PAP DESCUENTO son una bonificación extraordinaria de los mismos. Por ello, conozco y acepto que las promociones y los descuentos



8. Cualquiera de las partes podrá dejar sin efecto esta adhesión sin explicación de causa ni motivos bastando con preavisar en forma fehaciente tal decisión a la otra parte, sin que esto de derecho a reclamos por daños o perjuicios de ningún tipo, bastando con que los descuentos ya comprometidos y validados electrónicamente y con soporte documental se hagan efectivos hasta el día en que se comunicó la rescisión.
9. Nos notificamos expresamente que el plazo de vigencia de esta adhesión será por tres meses a partir de su firma y renovable automáticamente por idéntico plazo, en forma indefinida, salvo que medie denuncia de cualquiera de las partes, la que no requiere explicación de causa ni motivos, bastando el solo requisito de preavisar tal decisión a la otra parte con treinta días de anticipación, sin que ello genere derecho alguno a favor de la contraparte para reclamar daños, perjuicios o lucro cesante.

Razón Social	
Nombre Fantasía	
CUIT	
Código PAMI (en blanco si no posee)	
Código GLN (en blanco si no posee)	
Domicilio	
Localidad	
Provincia	
DT Farmacéutico	
Teléfono	
Mail	

Firma y aclaración	Sello de farmacia
--------------------	-------------------



**FORMULARIO DE ADHESIÓN DE FARMACIA
BONOS PAP DESCUENTO
F-ADFAR-02**