

Buenos Aires de de

Señores

NOVARTIS ARGENTINA S.A.

Ramallo 1851,

Ciudad de Buenos Aires

Ref. **Tarjeta Viviendo Mejor**

De nuestra consideración:

Nos dirigimos a Uds. (en adelante NOVARTIS) a fin de dejar constancia, a través de la presente, de nuestra adhesión a la tarjeta del Programa Viviendo Mejor, cuyas bases y condiciones (en adelante las BASES) se adjuntan como anexo a este documento, comprometiéndonos a cumplir fielmente con todas las obligaciones a nuestro cargo descriptas en las mismas.

En particular, nos comprometemos y obligamos a:

- 1.- Que nuestros directivos y empleados sean capacitados por NOVARTIS o por quien esta última designe.
- 2.- Recibir y operar con la tarjeta de Viviendo Mejor en nuestro (o nuestros) establecimientos.
- 3.- Cumplir con todas las actividades que se describen en el Anexo I, que integra la presente, referidas al ingreso y tratamiento de cada una de las operaciones que se realicen en virtud del programa al que por la presente se adhiere.
- 4.- Otorgar los beneficios a los pacientes de acuerdo con las instrucciones que emita NOVARTIS en cada momento. Para los casos de venta de medicamentos con condición de "venta bajo receta", "venta bajo receta archivada", o similares, nos obligamos a requerir al paciente la receta expedida por el profesional médico previo al expendio del medicamento.
- 5.- Aceptar que NOVARTIS, mediante una comunicación remitida con treinta días de anticipación a través de un medio fehaciente, dé de baja a esta farmacia del Programa, o bien suspenda o concluya definitivamente este Programa; en ambos casos, sin invocación de causa y sin responsabilidad. Por nuestra parte, mediante una comunicación remitida con treinta días de anticipación a través de un medio fehaciente

a Uds., podemos dar por terminado este compromiso, sin invocación de causa y sin responsabilidad. En los dos supuestos, los efectos pendientes de la relación comercial a la que nos estamos refiriendo, deberán ser cumplidos por la parte obligada.

6.- Aceptar que los resúmenes de cuenta y las imputaciones que realice NOVARTIS, o alguien por su cuenta y orden, de las operaciones comerciales realizadas entre ambas partes, sean definitivos, salvo error u omisión.

7.- Aceptar que NOVARTIS compense los créditos y débitos (que acompaña a cada cierre de lote) recíprocos en los momentos que considere oportunos, mediante la emisión de las correspondientes notas de débito o crédito.

8.- Enviar la documentación respaldatoria de las operaciones informadas en cada cierre de lote una vez por mes, de acuerdo al Anexo I; entendiéndose que de las diferencias u omisiones auditadas se realizará los debitos correspondientes.

9.- Aceptar que la adherencia de esta farmacia al Programa lo sea desde la fecha de la primera transacción con la tarjeta Viviendo Mejor en la farmacia.

Estas obligaciones las asumimos bajo el apercibimiento de que en caso de no cumplirlas NOVARTIS podrá dar de baja a esta farmacia del Programa en forma automática.

Sin otro particular, aprovechamos la oportunidad para saludarlos muy atentamente.

FIRMA:

ACLARACIÓN: (NOMBRE DEL REPRESENTANTE CON PODER SUFICIENTE)

FARMACIA:

CÓDIGO IMED:

DIRECCIÓN: