

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 en ..... de la ciudad de ....., provincia de ....., solicito ser incorporado al **PAP - PRESERFAR ADMINISTRACION DE PROMOCIONES**, el sistema integrado de administración de promociones, creado por PRESERFAR S.A. con domicilio en Esmeralda 684 piso 4º 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 que permite a la FARMACIA la dispensa de la promoción. El PAP y mi adhesión al sistema se rigen de acuerdo con las siguientes cláusulas y condiciones:

1. La FARMACIA adhiere al sistema PAP mediante la firma y entrega de esta solicitud de adhesión a PRESERFAR S.A.
2. Una vez solicitada el alta, PRESERFAR requerirá la aceptación de la FARMACIA por parte de droguerías solicitadas, y comunicará a la FARMACIA el código asignado, quedando activa e incorporada a PAP en ese momento. La adhesión de la farmacia PAP obliga a esta a atender todas las promociones vigentes en el sistema.
3. La dispensa de las promociones se registrarán por esta adhesión de farmacia F-ADFAR-01, el instructivo de dispensación I-FARMA-01 o los que en el futuro se comuniquen y los requisitos que exija el bono PAP 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 asignación del código de validación de la operación, la FARMACIA recibirá de la droguería la reposición de la unidad promocionada y/o una nota de recupero de crédito equivalente.
5. Quincenalmente PAP emitirá notas de recupero de descuentos a favor de la FARMACIA para que estas las aplique contra la droguería seleccionada en cada oportunidad de validación de un bono, o el crédito equivalente dependiendo de cada promoción en particular.
6. Las notas de recupero de descuentos podrán ser descargadas de la página web [www.bonospap.com.ar](http://www.bonospap.com.ar), o retiradas en el domicilio que indique PRESERFAR.
7. La farmacia deberá remitir quincenalmente los bonos validados, 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 los bonos, 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, 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.
8. Por el servicio de dispensa de la FARMACIA, el paciente abonará la suma de pesos indicada en el bono y por todo concepto, o la que en el futuro fije el sistema. No teniendo la FARMACIA nada más que reclamar a PRESERFAR por este concepto.
9. La FARMACIA se obliga a entregar al paciente o beneficiario del bono PAP en forma gratuita la bonificación que fije la promoción en el bono PAP, renunciando a percibir de estos cualquier tipo de pago que no este establecido por la presente adhesión o comunicada por el PRESERFAR.
10. La FARMACIA garantizará la entrega del medicamento al beneficiario de la promoción en perfectas condiciones de uso, cumpliendo todas las reglas de la profesión farmacéutica y especialmente la obligación de mantener, en caso de corresponder, la cadena de frío, obligándose a mantener a PRESERFAR indemne por cualquier reclamo por estos motivos.
11. Las promociones y descuentos comerciales que realizan los laboratorios por medio de bonos PAP son una bonificación extraordinaria de los mismos. Por ello, conozco y acepto que las promociones y los descuentos comerciales otorgados por los laboratorios son una liberalidad de los mismos, por cuanto estos pueden dejar de otorgarlos a su sola opción sin que ello genere a mi favor derecho a reclamar daños y/o perjuicios de ninguna especie hacia los laboratorios y/o PRESERFAR bastando con que los descuentos ya comprometidos y validados electrónicamente y con soporte documental se hagan efectivos hasta el día en que se retire la promoción del sistema del validador electrónico.
12. 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.
13. 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, con 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.

En plena conformidad con las pautas indicadas solicito ser incorporado al PAP, en ....., a los ..... del mes de ..... de 2007.

Firma y Aclaración.

**ADHESIÓN DE FARMACIA AL P.A.P.**

Razón Social Fcia.:	
Nombre Fantasía Fcia.:	
C.U.I.T. Fcia.:	
Cod.Pami (En blanco si no posee)	
Sucursal de la Fcia.: Debe completar un formulario por cada sucursal.	
Domicilio:	
Localidad:	
Provincia:	
Código Postal:	
Teléfonos:	
Responsable Fcia.:	
email Resp. Fcia.:	
Contacto Administrativo:	
email Contacto Adm.:	
<b>Droguería Adhérica (*)</b>	<b>Código</b>
1)	
2)	
3)	
4)	

(\*) La Droguería por la cual reciba la reposición la seleccionará al momento de validar el bono.