



**Carta de Aceptación para Validar
"Cuponeras Dove Dermaseries"**

Estimados:

Yo, _____ DNI Nro. _____ en mi carácter de _____ de la farmacia _____ situada en _____ me dirijo a Uds. para manifestarles, por intermedio de este documento, nuestra adhesión a participar como farmacia adherida en el Programa **"Cuponeras Dove Dermaseries"** y **validar los bonos de promoción a través del Sistema IMED** y nuestro compromiso en:

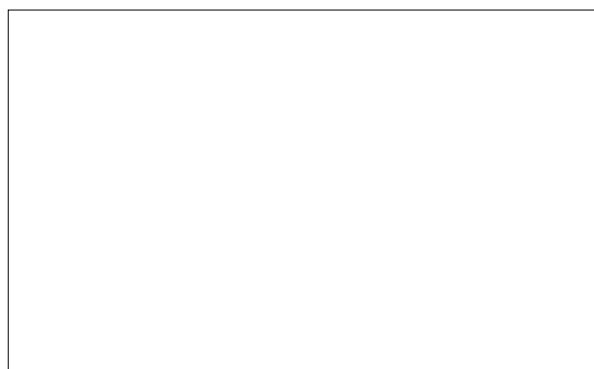
- i. Otorgar a los consumidores adheridos al Programa los descuentos, bonificaciones y/o beneficios que se encuentren vigentes en los cupones;
- ii. Respetar el software utilizado por el Administrador para el funcionamiento del Sistema y/o Programa, sin intentar y/o realizar cambios, adaptaciones y/o desarrollos en los mismos.
- iii. Cumplir con el instructivo de uso del validador enviado y que además se encuentra disponible en la página web www.imed.com.ar.

Lugar: _____.

Fecha: _____.

Firma

Aclaración



Sello