



PROGRAMAS DE DESCUENTOS

Carta de Aceptación

.....
Lugar y Fecha

Señores
Fresenius Kabi SA
Av. Cabildo 2677 Piso 10, C1428
Capital Federal - Argentina

Ref. Adhesión al PROGRAMA FRESenius KABI de descuentos

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a ustedes para manifestar, por intermedio de este documento, nuestra adhesión a participar como farmacia adherida a los programas de descuentos en productos de Laboratorios FRESenius KABI SA. Bajo los Términos y Condiciones de Adhesión

CODIGO IMED

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
Firma del responsable

.....
Aclaración

SELO DE LA FARMACIA