

.....

Lugar y Fecha

Señores

GALDERMA ARGENTINA S.A.

Av. Libertador 1000 – 8° Piso -

(CP: 1638) Vicente Lopez -Provincia de Buenos Aires - Argentina

Ref. Adhesión a Programa Cuponeras Galderma

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 cuponeras Galderma de GALDERMA ARGENTINA S.A . Bajo los Términos y Condiciones de Adhesión

CODIGO IMED

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

.....

Firma del responsable

.....

Aclaración

--

SELLO DE LA FARMACIA