Farmácias NISSEI Drugstore

FICHA DE INCLUSÃO NISSEI

Para solicitar o Convênio Farmácia, imprima e preencha o "Formulário para inclusão" e a "Autorização de débito automático" e envie ao GRC – Gestão de Relacionamento com o Cooperado, no endereço: Rua Irmã Flávia Borlet, 197 – Hauer – CEP: 81630-170 – Curitiba PR.

Para informações adicionais entre em contato através do GRC Atendimentos ou pelos telefones: 4007 2300 e (41) 0800 652 6000

Eu, Dr. (a) ..... solicito o cartão do Convênio Farmácia das DROGARIAS NISSEI, estando ciente de que é de minha inteira responsabilidade a correta utilização do cartão (Intransferível) e autorizo minha inclusão no Convênio com as Drogarias NISSEI.

DATA

Assinatura e CRO do Cooperado

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

PREFIXO / NÚMERO DA AGÊNCIA

NÚMERO DA CONTA CORRENTE

DATA

NOME DO COOPERADO

CRO

FINALIDADE DE DÉBITO

Referente ao benefício: Convênio Farmácia | **Data para débito:** Dia 15 de todos os meses.

CONDIÇÕES

1. Autorizo o Banco SANTANDER a debitar em minha conta corrente o valor correspondente à quitação dos compromissos junto à empresa DENTAL UNI.

2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o banco isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de saldo na data do vencimento.

3. Em caso de dúvida ou reclamação sobre datas de vencimento e/ou valores, devo solicitar esclarecimentos diretamente à empresa DENTAL UNI.

4. O Banco se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação por escrito.

5. Caso não haja saldo suficiente no dia do débito, o mesmo será reapresentado no prazo de 3 dias úteis. Acrescidos de multa de 10% e correção de 0,0666% ao dia.

Assinatura e CRO do Cooperado

ANS nº 30484

DENTAL UNI®
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA