

CARTA COMPROMISO

Estado de _____, a ____ de _____, de 2013.

C. Aracely Escalante Jasso

Directora General del Instituto

Nacional de las Personas Adultas Mayores

P R E S E N T E

A través de la presente carta compromiso en calidad de propietario de mi negociación

_____ ubicada en _____
(Indicar Nombre Farmacia y/o Establecimiento) (Indicar Domicilio del Establecimiento)

de esta Entidad Federativa, quiero manifestar mi consentimiento voluntario para integrarme a beneficiar a las Personas Adultas Mayores, otorgándole en mi establecimiento comercial un 5% (cinco por ciento) de descuento al presentar su tarjeta de afiliación emitida por el INAPAM. En los productos y/o servicios que mi empresa ofrece, del precio máximo al público con la excepción de los productos restringidos que tendrán aviso al público.

Por otro lado me obligo a colocar un distintivo cuyo diseño será entregado por el **INAPAM**, en un lugar visible de acceso al público, para hacer constar el descuento que ofrezco a las personas adultas mayores afiliadas a dicho Instituto.

Autorizo al INAPAM a la utilización de mis datos personales para la debida publicidad de los descuentos ofrecidos por el suscrito, responsabilizándome a la vez por la calidad, vigencia, garantías, veracidad, autenticidad, contratación y demás características de los productos y/o servicios que proporcione, manifestando bajo protesta de decir verdad que cuento con los recursos necesarios para otorgar dicho descuento a la población adulta mayor afiliada al INAPAM debidamente identificados.

Para efectos de cumplir con el objeto de la presente carta compromiso acepto que el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, supervise en mi negociación en cualquier momento la aplicación de los descuentos otorgados en beneficio de las personas adultas mayores afiliadas a dicho Instituto.

Cualquier situación de carácter administrativa y/o laboral y/o civil y/o penal y/o fiscal en que se vea afectada mi negociación mercantil compete única y exclusivamente al suscrito, liberando al INAPAM y a sus servidores públicos de cualquier responsabilidad en que se trate de comprometer.

La vigencia de la presente carta compromiso será indefinida, pudiendo ser terminada por el INAPAM si existiere mal uso de los servicios ofrecidos en los descuentos comprometidos, así cuando existiera alguna discriminación o violación a los derechos de las personas adultas mayores.

Atentamente,

Nombre y firma

Me comprometo a enviar en los próximos días a ANAFARMEX la siguiente documentación:

Anexar

- **CREDENCIAL DE ELECTOR (verificar si el domicilio que tiene en la credencial de elector es donde actualmente habita)**
- **COMPROBANTE DE DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO.**
- **RFC. (REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES)**

DATOS DE LA FARMACIA:

Nombre Comercial de la Farmacia: _____

Domicilio de la Farmacia

Calle y número: _____

Colonia: _____ C.P. _____

Deleg. / Mpio: _____ Estado: _____

Teléfono: _____ Email: _____