



8
[Handwritten signature]

PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO

Entre

Associação Sindical dos Funcionários de Investigação Criminal da Polícia Judiciária,
com sede na Rua Gomes Freire 174, 1169-007 Lisboa, representada por Nuno
Domingos, adiante designada abreviadamente por **ASFIC PJ**,

Farmácia do Marquês, sociedade comercial por quotas, com sede na Avenida Duque
de Loulé, nº 61-65, em Lisboa, pessoa colectiva e matrícula na Conservatória do
Registo Comercial de Lisboa nº 501 216 537, com o capital social de € 5 000,
representada por Joana Zagalo Almeida, adiante designada abreviadamente por
Farmácia do Marquês,

É celebrado o presente protocolo que se rege pelas cláusulas seguintes:

1ª Finalidade

Este protocolo tem como finalidade o estabelecimento de vantagens para os associados e respectivos familiares em 1º grau (cônjuge / dependentes / ascendentes) do **ASFIC PJ** na aquisição de medicamentos na **Farmácia do Marquês**.

2ª Condições

A **Farmácia do Marquês** compromete-se a entregar no local de trabalho e de forma gratuita, os produtos solicitados concedendo ainda aos associados e respectivos familiares em 1º grau (cônjuge / dependentes / ascendentes) do **ASFIC PJ** um desconto de **10%** nos Produtos com IVA a 6% e **15%** de desconto nos produtos com 23% de IVA. O desconto será efectuado sobre a percentagem a pagar pelo utente, estando excluídos medicamentos com PVP superior a 50 euros e produtos de Protocolo de Diabetes.

3ª Formalidades a cumprir

Para beneficiar do respectivo desconto os associados e respectivos familiares deverão apresentar, no acto da compra, um documento que os identifique como elegíveis ao protocolo.

Para beneficiar da entrega dos produtos na empresa, os colaboradores deverão seguir as indicações descritas em anexo 1.

4ª Divulgação de Protocolos

O **ASFIC PJ** compromete-se a divulgar o presente protocolo junto dos seus associados.

5ª Prazo

As condições deste protocolo são válidas pelo período de 1 ano, a contar da data da sua assinatura, sendo renovadas automaticamente, por igual período, caso as mesmas não sejam denunciadas com a antecedência mínima de 15 dias, por qualquer das partes, por escrito.

6ª Responsabilidade


O **ASFIC PJ** não assume qualquer responsabilidade pelo pagamento dos bens adquiridos pelos seus associados (ou pelos seus familiares) em condições vantajosas no âmbito deste protocolo.

7ª Aceitação

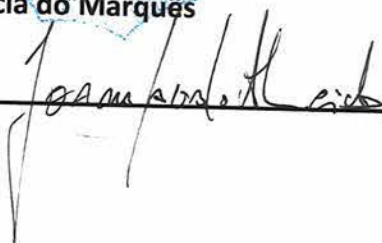
O presente protocolo foi aceite por ambas as partes que o assinaram e carimbaram.

Lisboa, 18 de Dezembro de 2014.

Pelo **ASFIC PJ**



Pela **Farmácia do Marquês**



ANEXO 1

Procedimentos:

1.) A encomenda de produtos pode ser feita, dentro do horário de funcionamento da farmácia, por telefone (213 525 048), fax (213 151 905) ou e-mail (farmaciadomarques.encomendas@gmail.com), de preferência com preenchimento do formulário que se segue e envio da receita e cópia do cartão de Saúde, caso existam.

2.) Assim que recepcionada a encomenda, a farmácia ligará de volta ou enviará um e-mail com indicação do valor a pagar.

3.) A entrega dos produtos será efectuada, nos dias úteis, de acordo com os seguintes horários (salvo rupturas de stock):

- encomenda recepcionada antes das 11:30 – entregue até às 18:00;

- encomenda recepcionada após as 11:30 – entregue no dia seguinte.

(para situações mais urgentes e atendendo à proximidade Farmácia - PJ, poderemos, em conjunto, tentar encontrar uma solução de entrega no próprio dia, dependendo apenas da disponibilidade de stock e de “estafeta”.)

4.) Os produtos encomendados podem ser pagos por Transferência, Numerário, Multibanco ou Cheque, devendo o pagamento (ou comprovativo do mesmo) ser entregue ao estafeta, juntamente com o original das receitas, caso existam.

Farmácia do Marquês
Avenida Duque de Loulé, 63
1050-087 Lisboa
Tel: 213 525 048 / 210 995 489
Fax: 213 151 905
farmaciadomarques.encomendas@gmail.com

FORMULÁRIO DE ENCOMENDA		
EMPRESA :	Data:	
Local de Entrega:	Modo de Pagamento:	
DADOS PARA CONTACTO / FACTURAÇÃO		
Nome:		
Telefone:		
E-mail:		
NIF:		
Autorizo a utilização dos dados para comunicação de promoções, ofertas e novidades: _____		
Encomenda com Receita		
Número de Receitas: _____		
Quando autorizado pelo médico, prefiro medicamentos genéricos: _____		
(Pedimos o favor de assinar o verso das receitas)		
Encomenda sem Receita		
Produto / Forma Farmacêutica		Quantidade:
Dosagem		
Tamanho da Embalagem		
Produto / Forma Farmacêutica		Quantidade:
Dosagem		
Tamanho da Embalagem		
Produto / Forma Farmacêutica		Quantidade:
Dosagem		
Tamanho da Embalagem		
Observações:		