

CONVENIO MUTUAL- ORTOPEDIA

Delegación:	
Nombre comercial de la ortopedia:	
CUIT:	
Razón social (facturación):	
E-mail:	

En la ciudad de _____ al/los _____ días, del mes de _____ de 20 _____
entre, por una parte el Centro Mutual "María Elena Márquez" de Docentes Privados Bonaerenses, en adelante LA MUTUAL, representada
en este acto por la _____, en su carácter de Presidente, y la/el Responsable de la Delegación, la
Sra./Sr. _____ DNI _____ y por la otra la/el Sra./Sr. _____

DNI _____ en representación de la ortopedia _____ con domicilio en
_____ de la ciudad de _____ en adelante LA ORTOPEDIA, se suscribe el presente convenio
sujeto a las siguientes cláusulas:-----

PRIMERA: Los asociados a LA MUTUAL tendrán acceso a los servicios que se detallan en la cláusula SEGUNDA, que LA ORTOPEDIA brindará
contra presentación de la credencial que lo acredita como tal y la Orden de Provisión extendida por la Delegación de LA MUTUAL, que el
comercio retendrá..-----

SEGUNDA: LA ORTOPEDIA proveerá a los afiliados a LA MUTUAL que se presenten con los requisitos enunciados en la cláusula PRIMERA, de
plantillas, faja post quirúrgica o collar ortopédico según autorización presentada.-----

TERCERA: Toda diferencia monetaria que surja entre lo indicado en la cláusula SEGUNDA y los productos solicitados por el asociado, será
abonada por el afiliado.-----

CUARTA: LA MUTUAL se obliga a exponer en sus locales, los datos completos de LA ORTOPEDIA (domicilio, tel., e-mail, etc.), así como los rubros
en los que opera y a difundir entre sus asociados los beneficios que ésta les ofrezca y los porcentajes de descuento que ofreciere en otros
productos, si los hubiera. Para ello será obligatorio por parte del comercio exhibir el logo de LA MUTUAL en un lugar visible de la vidriera. De lo
contrario ésta quedará eximida de cumplir con esta cláusula. -----

QUINTA: LA ORTOPEDIA se compromete a realizar una planilla mensual con la liquidación del período conteniendo la siguiente información
sobre el asociado: Apellido y Nombre, Número de afiliado, Categoría, detalle de las recetas realizadas e importes. Presentará además, las
recetas originales y las Órdenes de Provisión recibidas.-----

SEXTA: LA MUTUAL abonará a LA ORTOPEDIA por cada par de plantillas **hasta \$2.600** (pesos dos mil seiscientos), por cada faja post quirúrgica
hasta \$1.000 (pesos un mil), por cada collar ortopédico **hasta \$1.000** (pesos un mil), que haya provisto sin cargo a los asociados a LA MUTUAL,
contra presentación de la correspondiente factura, la que deberá ser presentada en la sede de la con todos los recaudos de la ley. -----

SÉPTIMA: Cualquier modificación en los valores acordados para los asociados u otros beneficios ofrecidos por LA ORTOPEDIA deberá ser
notificada a LA MUTUAL con una anticipación no menor de 30 (treinta) días y esperar la aceptación de LA MUTUAL con nuevo convenio u anexo
de actualización.-----

OCTAVA: El presente convenio resulta obligatorio para las partes y de duración ilimitada, hasta tanto cualquiera de ellas notifique
fehacientemente a la otra con 30 (treinta) días de anticipación la decisión de rescindirlo. -----

-----En prueba de conformidad, se firman tres ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en el lugar y la fecha antes mencio nados.----

¡IMPORTANTE! Datos para difusión (Esta información se utilizará para que los afiliados obtengan los datos del comercio o profesional que realice el convenio.

Se recomienda enviar logo digitalizado)

Rubro:	ORTOPEDIA		
Descuento o cobertura:	100% según convenio		
Descuento o cobertura adicional:			
Dirección/es comercial/es:			
Teléfono/s comercial/es:			
Whatsapp: SÍ NO			
Sitio web:			
Redes sociales:			
E-mail:			

Firma
Aclaración:
D.N.I.:

Firma RESPONSABLE CMD
Aclaración:
D.N.I.:

Firma PRESIDENTE CMD
Aclaración:
D.N.I.: