

ACEPTACIÓN TÉRMINOS Y CONDICIONES INSCRIPCIÓN PROGRAMA MI SALUD DE SALCOBRAND

Mediante esta suscripción declaro mi voluntad de inscribirme en el programa Mi Salud de Salcobrand, del que han informado las condiciones y funcionamiento. Reconozco y declaro lo siguiente; que mi tratamiento ha sido prescrito por profesional habilitado mediante receta médica; que me obligo a informar cambios en mi tratamiento, dosis o información de contacto; que aplica sólo a medicamentos de uso crónico con duración superior a 3 meses; que el programa es solo un apoyo, y no reemplaza las ordenes de mi médico tratante, por lo tanto la adquisición de mis productos a tiempo es mi responsabilidad, liberando a Salcobrand por la eventual tardanza, faltas de notificación o disponibilidad de productos. Así mismo, autorizo a Salcobrand al tratamiento, almacenamiento, y eliminación de mi información de carácter sensible y personal, pudiendo esta última ser transmitida a terceros, para fines estadísticos, de administración, de beneficios y/o el envío de información comercial.