

TERMO DE ADESÃO PROGRAMA DE PARCERIA CREDENCIADO IRO

Eu, _____, através do presente instrumento de Termo de Adesão, aderi ao Programa de Parceria Credenciado IRO, aceitando todas as cláusulas e condições gerais do programa constantes em seu regulamento, o qual faz parte integrante do presente Termo de Adesão, declarando, ainda:

- 1 - Que recebeu cópia do regulamento do Programa de Parceria Credenciado IRO e está ciente de seu inteiro teor e entende que suas condições estão sujeitas a futuras modificações.
- 2 - Que aceita integralmente os princípios, regulamentos, requisitos e demais condições estabelecidas para o programa e compromete-se a cumpri-los e a dedicar seus melhores esforços para o sucesso do programa e cumprimento de seus objetivos.
- 3 - Que está ciente de que sua participação no programa não configura qualquer direito ou expectativa de direito aos benefícios dele esperados, bem como não há direito a qualquer ressarcimento de custos ou contribuições em caso de desistência, exclusão ou encerramento do programa.
- 4 - Que está ciente de que o Programa de Parceria Credenciado IRO não envolverá a troca de informações comerciais entre seus participantes e o acesso dos participantes às informações relativas à atuação de seus concorrentes.
- 5 - Que se compromete a comunicar ao IRO eventuais alterações societárias, de objeto social, de endereço, ou de responsável pelo Programa de Parceria Credenciado IRO.
- 6 - Que tenho ciência da existência de um canal de comunicação com o IRO, através de seus representantes legais ou mesmo pelo ícone SAC disponível no website **www.iro.com.br**.
- 7 - Fica eleito o Foro da Comarca de Campinas para dirimir quaisquer dúvidas relativas a este programa.

_____/_____/_____

Fica designado como responsável pelo Programa de Parceria Credenciado IRO:

Nome ou Razão Social: _____

RG (UF/Nº): _____

CPF ou CNPJ: _____

Cargo: _____

CRO CRM - (UF/Nº): ____ - _____

Assinatura do Credenciado

Instituto de Radiodiagnóstico Odontológico

Testemunha

Testemunha

TERMO DE ADESÃO PROGRAMA DE PARCERIA CREDENCIADO IRO

Eu, _____, através do presente instrumento de Termo de Adesão, aderi ao Programa de Parceria Credenciado IRO, aceitando todas as cláusulas e condições gerais do programa constantes em seu regulamento, o qual faz parte integrante do presente Termo de Adesão, declarando, ainda:

- 1 - Que recebeu cópia do regulamento do Programa de Parceria Credenciado IRO e está ciente de seu inteiro teor e entende que suas condições estão sujeitas a futuras modificações.
- 2 - Que aceita integralmente os princípios, regulamentos, requisitos e demais condições estabelecidas para o programa e compromete-se a cumpri-los e a dedicar seus melhores esforços para o sucesso do programa e cumprimento de seus objetivos.
- 3 - Que está ciente de que sua participação no programa não configura qualquer direito ou expectativa de direito aos benefícios dele esperados, bem como não há direito a qualquer ressarcimento de custos ou contribuições em caso de desistência, exclusão ou encerramento do programa.
- 4 - Que está ciente de que o Programa de Parceria Credenciado IRO não envolverá a troca de informações comerciais entre seus participantes e o acesso dos participantes às informações relativas à atuação de seus concorrentes.
- 5 - Que se compromete a comunicar ao IRO eventuais alterações societárias, de objeto social, de endereço, ou de responsável pelo Programa de Parceria Credenciado IRO.
- 6 - Que tenho ciência da existência de um canal de comunicação com o IRO, através de seus representantes legais ou mesmo pelo ícone SAC disponível no website **www.iro.com.br**.
- 7 - Fica eleito o Foro da Comarca de Campinas para dirimir quaisquer dúvidas relativas a este programa.

_____/_____/_____

Fica designado como responsável pelo Programa de Parceria Credenciado IRO:

Nome ou Razão Social: _____

RG (UF/Nº): _____

CPF ou CNPJ: _____

Cargo: _____

CRO CRM - (UF/Nº): ____ - _____

Assinatura do Credenciado

Instituto de Radiodiagnóstico Odontológico

Testemunha

Testemunha