



## PROGRAMA DE APOYO PARA MVZ., ASOCIACIONES Y COLEGIOS VETERINARIOS

### A quienes aplica:

Este programa va dirigido a los médicos, asociaciones y colegios veterinarios que nos soliciten apoyos ya sea económicos, participaciones en eventos y/o regalos para los mismos (posadas, aniversarios, etc).

### Requisitos:

1. Ser clientes de Difarvet  
Anexo I
2. Nombre del cliente que solicita el apoyo
3. Nombre de facturación
4. Teléfono
5. Nombre del supervisor que lo atiende
6. Tipo de apoyo que solicita
  - a) Económico
  - b) Participación en evento
  - c) Regalos y/o donaciones

**\*Nota importante\*** Cual sea el tipo de apoyo se debe dar una breve descripción del mismo.

7. Fecha de cuando se necesita que se brinde el apoyo
8. Tener compras recurrentes con Difarvet (si su compromiso fuera comprando producto, deberá llenar también el Anexo II)
9. Tener compras recurrentes con Difarvet

### Proceso:

1. Solicitar el apoyo con un tiempo de **3 semanas de anticipación como mínimo** al área de MKT a Niza Medina o Fernanda Muñoz por correo a [eventos@difarvet.com](mailto:eventos@difarvet.com)
2. Con el nombre de facturación, se pedirá un **reporte de comportamiento de compras y pagos de los últimos 6 meses móviles**, estos reportes serán parte fundamental para tomar la decisión del apoyo a brindar
3. Por cada apoyo se pedirá al cliente un **compromiso hacia Difarvet**, los compromisos pueden variar dependiendo lo solicitado.
4. **Una vez autorizado el apoyo y aceptado el compromiso** se le informara al solicitante los términos del apoyo a brindar.

### \*\*Puntos a considerar:

- La solicitud anexa se debe llenar y enviar al correo mencionado.
- El proceso toma un tiempo máximo de 5 días.
- Al final del proceso existe la posibilidad de no autorizar el apoyo.
- Los supervisores de clientes no pueden comprometerse con ningún tipo de apoyo antes de este proceso



**Anexo I**

**SOLICITUD DE APOYO**

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre de facturación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Supervisor que lo atiende: \_\_\_\_\_

Seleccione el tipo de apoyo que solicita

a) Económico

b) Participación en evento

c) Regalos y/o donaciones

Descripción del apoyo a solicitar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha en que se necesita el apoyo: \_\_\_\_\_

Descripción del compromiso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante



**Anexo II**

**COMPROMISO DE COMPRA PARA APOYO**

Fecha:

**Nombre del Agente Difarvet:**

**Dirección:** Calle número, Colonia, Código postal, Ciudad, Estado.

**Razón Social:**

**Nombre del MVZ:**

**Nombre Veterinaria:**

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
	Escribir una breve descripción sobre el producto	\$	\$
		<b>IVA 16%</b>	\$
		<b>TOTAL</b>	\$

**VIGENCIA DEL COMPROMISO:** Anota aquí día, mes y año .

**OBSERVACIONES:** Anotar aquí todas las observaciones, comentarios o condiciones de relacionadas con este apoyo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Cliente

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Agente Difarvet