

Vita-Meds.com - Medicamentos Importados
Remedex Medical LLC e Expomed Medical Co., Inc de Miami, FL U.S.A.
Formulario de Compra e Autorização de Debito em Cartão de Credito

Favor imprimir esse formulario, completar todas as lacunas, assinar no local da assinatura e enviar via Fax para: 00-xx-1-305-266-8200 (USA) ou para o Fax: 11-3544-4591 (Fax Virtual em São Paulo). Favor incluir tambem na transmissão do fax, uma foto-copia da receita medica, frente e verso do Cartão de Credito, do CPF e do RG. **IMPORTANTE: Antes do comprador/paciente começar a pre-encher esse formulario de pedido, favor enviar um email para mail@remedexmedical.com solicitando os preços dos produtos, custo do frete e a taxa de serviço. Os preços dos produtos, custo de frete e a taxa de serviço estão todos expressos em dolares americanos (USD).**

Venho por meio deste documento solicitar a compra dos seguintes produtos aos preços abaixo discriminados:

Descrição do Produto	Qtde	Preço em US\$	SubTotal
Sub Total Produtos :			
Custo de Frete :			
Taxa de Serviço :			
Total Geral do Pedido :			

Autorizo que o valor acima (Total Geral do Pedido) seja debitado do meu cartão de credito conforme abaixo:

Nome do Portador do Cartão de Credito:			
Endereço para onde o seu Banco envia a fatura do Cartão de Credito: (Rua, No., Apto., Bairro, Cidade, Estado, CEP)			
Total a ser debitado do Cartão em US\$:		Tipo de Cartão:	
No. do Cartão de Credito:		Validade Cartão:	
Codigo de Segurança do Cartão:	(VISA/MC/DINERS) 3 digitos atrás do cartão (AMEX) 4 digitos na frente do cartão		
Endereço de Email:			
Telefone:		Numero do Fax:	

Solicito que esse pedido me seja despachado ao seguinte endereço no Brasil:

Nome do Paciente:		Forma de Despacho Escolhida <input type="checkbox"/> EMS (SEDEX) (Correios - USA) <input type="checkbox"/> PRIORITY MAIL (Correios - Europa) <input type="checkbox"/> FEDERAL EXPRESS (USA e Europa) <input type="checkbox"/> DHL (USA e Europa) <input type="checkbox"/> LUFTHANSA ou SWISS Carga (Europa) <input type="checkbox"/> TAM Carga (USA)
Endereço Completo, Cidade, Estado, CEP:		
Telefone:		
Numero do Fax:		
Endereço de Email:		

RESPONSABILIDADE

E' de responsabilidade do cliente acompanhar a chegada do seu pedido no Brasil perante a empresa de transporte (Correios – EMS (SEDEX) e Priority Mail, Federal Express, DHL, Lufthansa, Swiss ou TAM). Caso o pedido seja retido para averiguação na Alfândega ou Anvisa, e' de responsabilidade do cliente apresentar a documentação pedida pela Alfândega e/ou pela Anvisa. E' de responsabilidade do cliente pagar quaisquer impostos e taxas que sejam cobradas pela Alfândega do Brasil. Sugerimos que antes de confirmar o pedido do medicamento, o cliente deve entrar em contato com a empresa de transporte, com a Alfândega e Anvisa para averiguar quais são os documentos que serão necessarios para que o medicamento seja importado e liberado de acordo com a legislação de vigilância sanitária da Anvisa e conforme as regras da Alfândega. Informamos que em geral a importação de medicamentos para o Brasil é permitida e pode ser feita se em carater pessoal e em quantidades que sejam compatíveis com o uso pessoal de um paciente por um periodo de 3 a 6 meses. A importação de medicamentos não é autorizada para revenda a terceiros. O importador deverá ter como apresentar, se solicitado pela Anvisa ou Alfândega, uma receita médica original recente e uma declaração do médico informando que o medicamento sendo importado é urgente, inexistente nas farmácias locais e imprescindível para o seu tratamento de saúde. A declaração do médico deve também informar que o medicamento sendo importado não causa dependência física nem psíquica.

DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

Não podemos aceitar devoluções de medicamentos ja' despachados.

CANCELAMENTO DE PEDIDOS

Com raras exceções, não podemos aceitar cancelamentos de pedidos depois que o pedido é confirmado. Caso queira cancelar um pedido já confirmado mas ainda não despachado, favor enviar um email ou fax explicativo para tal finalidade. Nos reservamos o direito de aceitar ou não o cancelamento do pedido.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que as informações contidas nesse formulário foram lidas, compreendidas e estão corretas e que eu autorizo a empresa Remedex Medical LLC de Miami Florida a comprar e me enviar os medicamentos acima de acôrdo com as leis da Anvisa e Alfândega do Brasil.

Nome do portador do Cartão de Credito:	Local:
Assinatura:	Data: