

CARTA AO CLIENTE

Carta n. 001/2023 – Unimed Porto Velho/Diretoria Administrativa

Porto Velho/RO, 19 de Abril de 2023.

Prezado(a) Senhor(a),

A Unimed Porto Velho - Sociedade cooperativa Médica, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.657.234/0001-20, através da sua diretoria administrativa ao cumprimentar-lhe cordialmente, apresenta por meio desta a adesão a parceria no programa de descontos aos beneficiários Unimed, conforme abaixo:

PROGRAMA DE CLUBE DE VANTAGENS UNIMED PORTO VELHO

Nome: Clube de Vantagens

Público-alvo: Beneficiários Unimed Porto Velho

Conceito: O clube de vantagens é um projeto de parceria com empresas de diversos segmentos que ofereçam descontos aos beneficiários Unimed Porto Velho.

Objetivo: Oferecer aos beneficiários novos e existentes, vantagens exclusivas que aperfeiçoaria sua experiência como cliente, fortalecendo seus hábitos de compras, com o intuito de fidelizá-los.

Critérios: Apresentar nos estabelecimentos conveniados a carteira da Unimed Porto Velho dentro do prazo de validade, e documento de identificação.

Vantagem para a empresa parceira: Visibilidade junto aos mais de 40 mil beneficiários Unimed Porto Velho, o que oferecerá um grande potencial de novos clientes, além da divulgação gratuita no site da Unimed Porto Velho e nas vendas dos planos.

Divulgação: Site, redes sociais, campanhas publicitárias e vendas direta.

Valor de desconto ofertado por segmentação:

- Farmácias (*45%)
- Beleza e bem-estar (*15%)
- Academia (*30%)
- Ótica (*25%)
- Educação (*20%)
- Alimentação (*15%)
- Serviços (*25%)

Validade de adesão ao clube de vantagens é de 01 (um) ano, após a vigência mínima, será renovado automaticamente, até o pedido de cancelamento por uma das partes, sem ônus.

Anexo I - ADESÃO AO CLUBE DE VANTAGENS UNIMED PORTO VELHO

Declaro que estou ciente de todas regras do Clube de Vantagens da Unimed Porto Velho, portanto, firmo a presente a adesão da minha Empresa ao programa de descontos pelo presente instrumento, autorizando a divulgação no site: <https://www.unimedportovelho.coop.br/>, redes sociais, campanhas publicitárias e vendas direta da Unimed Porto Velho, desconto, após o preenchimento do formulário e assinatura em duas vias de igual teor e forma.

Nome do Responsável pela Empresa:**Nome do Estabelecimento:****Endereço:****Segmentação:****% Desconto:****Tefone para contato e e-mail:****Áreas responsáveis pelo clube de vantagens Unimed Porto Velho:****1 - Área de negócios** – fechamento de parcerias e contatos.

Tel.: (69) 3217 – 2043

E-mail.: negocios@unimedportovelho.coop.br**2 - Comunicação e Marketing** - Elaboração de mídias e publicações.

Tel.: (69) 99370-6218

E-mail.: mkt@unimedportovelho.coop.br

Porto Velho, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Parceiro

CNPJ.:

2