

Contrato de servicios de asesoría y viaje

Yo _____,

vecino (a) de _____,

Con tipo de identificación _____, número _____,

Doy fe de conocer y aceptar los siguientes servicios de parte de La Despensa BTL LTDA, cédula 3-102-687512, con nombre comercial y de fantasía Get a Local friend, bajo los límites que aquí se ofrece y se estipula.

(Poner iniciales del nombre al final de cada punto)

- A. Qué el servicio de asesoría y trámite para adquirir la programación de la cita de la vacuna tiene un costo de \$50 y que La Despensa BTL LTDA, no esta cobrando por la administración de la misma, en el entendido que es un servicio gratuito que dan los estados de Texas, Louisiana, Arizona y Carolina del Norte
- B. El servicio incluye le búsqueda según la distancia, del radio en el cual se quieran desplazar, el tipo de vacuna, la creación de un perfil en el lugar en donde se administrará la vacuna y agenda de la cita.
- C. La Despensa BTL LTDA no se responsabiliza por la Perdida de la cita bajo ninguna circunstancia, por lo cual no hay devoluciones de dinero.
- D. Los servicios de concierge incluyen cotización y venta de servicios de viaje tales como boleto aéreo, renta de auto, hospedaje en hoteles de la cadena Marriott según categoría y presupuesto, recomendaciones de restaurantes para cenar y lugares de compras y ocio. Además, el servicio incluye soporte por whatsapp durante todo el viaje.
- E. Los precios son por fin de semana. Se recomiendan 3 noches, 4 días. La cantidad de días no es definitiva y se personaliza según cantidad de días requeridos por el cliente.
- F. El servicio de asesoría y trámite no esta condicionado a la compra del resto del viaje con La Despensa BTL.
- G. Renta de autos, boletos y reservaciones se pagan por adelantado. La Despensa proveerá voucher del comercio con el se subcontrate el servicio.
- H. La compra de otros servicios aparte de la agenda de la vacuna va acompañada de un servicio personalizado en la compra, de acuerdo a los gustos y preferencias de los pasajeros.
- I. El cliente define cual de los servicios quiere solicitar. Para los productos 3 y 2 mencionados en el siguiente párrafo se trabaja con un adelanto de \$85 por persona y una vez aprobada la cotización se cobra el resto del paquete, aplicando el monto pagado anteriormente el cual cubre básicamente la cita de la vacuna. Recomendamos primero agendar la cita y luego proceder con la compra de boletos y demás.
- J. La compra de boletos son en Basic Economy. Otras categorías se cobran por aparte.

- K. Los servicios son 100% personalizados. Se recomienda Houston por vuelo directo de los 4 estados (Texas, Louisiana, Arizona y Carolina del Norte) en donde se esta aplicando la vacuna. Sin embargo, podemos sugerir otros estados y si se quiere paseo igualmente podemos recomendar imperdibles en estos 4 estados.
- L. Cualquier otro estado no mencionado en el punto anterior no aplica para la administración de la vacuna en este servicio.
- M. Cualquier otro servicio no mencionado en este contrato no aplica para la contratación de los servicios en este contrato.
- N. La Despensa se compromete a entregar a sus clientes todo lo ofrecido y pactado en las cotizaciones y facturas.
- O. La Despensa BTL LTDA esta inscrita ante el Ministerio de Hacienda y genera factura por todos los servicios de asesoría.
- P. Afirmo que tengo VISA americana y entiendo que este servicio no garantiza ningún tipo de documento para la solicitud de VISA.

Firma _____ Fecha _____

Servicio que desea contratar: (Marque con X)

Ciudad a la que desea volar: _____

Nombre de programa y número de viajero Frecuente: _____

Cantidad de días: _____

1. _____ Asesoría y trámite para administración de vacuna \$50
2. _____ Houston por la pista \$950+iva por 2 personas sin boletos aéreos
3. _____ Houston completo. Desde \$1200* _____

Datos para facturación

Nombre: _____

Cédula (ID): _____

Email: _____

Datos para la cita de la vacuna:

Nombre completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Responda las siguientes preguntas para ayudarnos a asegurarnos de que la vacuna sea adecuada para usted:

1. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas hoy? Fiebre, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos, diarrea ()Si ()No
2. En los últimos 14 días, ¿ha tenido fiebre o ha estado expuesto o diagnosticado con COVID-19, independientemente de los síntomas? ()Si ()No
3. ¿Ha tenido un examen físico por parte de un proveedor de atención médica en el último año? ()Si ()No
4. ¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos (por ejemplo, huevos), látex o algún componente de una vacuna (por ejemplo, gelatina, neomicina, polimixina, levadura, timerosal, polietilenglicol, etc.)? ()Si ()No En caso afirmativo, indique a qué es alérgico: _____
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave después de recibir una vacuna? (hinchazón, dificultad para respirar, convulsiones, etc.) ()Si ()No
6. ¿Ha recibido la (s) vacuna (s) que está recibiendo hoy antes? ()Si ()No
7. ¿Ha tenido convulsiones, síndrome de Guillain-Barré o cualquier otro trastorno neurológico? ()Si ()No
8. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 28 días? ()Si ()No En caso afirmativo, indique la vacuna y la fecha: _____
9. Para las mujeres: ¿Actualmente está embarazada, amamantando o planea quedar embarazada el próximo mes? ()Si ()No
10. Durante el año pasado, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, se le ha administrado inmunoglobulina (gamma) o un fármaco antiviral, o ha recibido tratamiento con anticuerpos COVID-19? ()Si ()No En caso afirmativo, indique el medicamento, la dosis y la fecha de la última vez que lo tomó: _____
11. ¿Tiene cáncer, leucemia, linfoma, VIH / SIDA, trasplante de órganos o cualquier otro problema del sistema inmunológico? ()Si ()No
12. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que debilitan su sistema inmunológico, como medicamentos contra el cáncer, dosis altas de esteroides, quimioterapia, terapia inyectable para la artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o psoriasis (por ejemplo, Humira, Enbrel) o se sometió a tratamientos de radiación?()Si ()No. En caso afirmativo, indique el medicamento, la dosis y la fecha de la última vez que lo tomó: Health Co., sus afiliadas y subsidiarias:

Declaro bajo fe de juramento que todas las preguntas son correctas y libero de toda responsabilidad civil y legal a La Despensa BTL LTDA.

Firma _____ Fecha _____