

DECLARACION JURADA CONVENIO PAMI

A completar por la farmacia

El que suscribe en su carácter de UNICO PROPIETARIO - REPRESENTANTE LEGAL (tachar lo que no corresponda) de la farmacia sita en la calle N° de la localidad de provincia de, deja constancia que habiendo solicitado la incorporación voluntaria de farmacia(nombre o razón social de la farmacia) al CONVENIO PAMI por solicitud de fecha DECLARA BAJO JURAMENTO que tanto el suscripto, como la farmacia, como su Director Técnico, Farm., no han sido suspendidos, ni excluidos, ni objeto de sanción alguna por parte del INSSJP por la que solicito la inmediata habilitación de la oficina de farmacia al precitado convenio.

Consecuentemente asumo la plena y total responsabilidad por los términos de la presente Declaración quedando expresamente establecido que en el hipotético supuesto de constatarse que el suscripto y/o la Farmacia y/o el Director Técnico hubieran sido objeto de sanciones por parte del INSSJP, perderé el derecho al cobro de prestaciones farmacéuticas efectuadas en el marco de los convenios antes citados, no teniendo ningún tipo de reclamo que efectuar por ningún concepto contra el INSSJP, ni contra LA INDUSTRIA, ni contra las INSTITUCIONES REPRESENTATIVAS DE LAS FARMACIAS.

Constituyo domicilio legal en Farmacia, calle N°, Localidad C.P., Provincia de, donde serán válidas todas las notificaciones e intimaciones que se me cursen y me someto expresamente para cualquier actuación judicial que derive de la presente Declaración Jurada a la jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de la Ciudad de Buenos Aires.

.....
Firma Propietario y/o Representante Legal

.....
Firma Farmacéutico

Sello de Farmacia