

## MODELO DE SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE FARMACIA

Señores Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

PRESENTE

El que suscribe \_\_\_\_\_ en su carácter de UNICO PROPIETARIO – REPRESENTANTE LEGAL (tachar lo que no corresponda), de la farmacia \_\_\_\_\_ sita en \_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ provincia de \_\_\_\_\_ solicita se acepte nuestra incorporación como Farmacia del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-COFA. A tal efecto:

- 1) Acepto de plena conformidad el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- COFA.
- 2) Acepto y asumo la plena responsabilidad que me corresponda en la atención del afiliado, derivada de los propios actos, de mis dependientes o de las personas o terceros de que me sirva, comprometiéndome a cumplir en un todo las normativas nacionales y provinciales que reglamenten el ejercicio profesional y la actividad farmacéutica.
- 3) Sin perjuicio de la plena conformidad brindada previamente, específicamente:
  - a. Me obligo a otorgar los descuentos que correspondan conforme al Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- COFA, y a hacer las contribuciones necesarias para el funcionamiento y administración de dicho convenio.
  - b. Acepto las normas y modalidades sobre auditoría, dispensación, liquidación y pago que se establecen en el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- COFA y/o las acuerden en el futuro.
  - c. Acepto las potestades del INSSJP definidas en el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-COFA.
- 4) Acepto y presto conformidad para que, ante el incumplimiento de nuestras obligaciones, el INSSJP:

- a. Realice retenciones y/o débitos de los pagos que me correspondan frente a situaciones que generen débitos por incumplimientos y/o errores y/o cualquier situación que se establezca cuya consecuencia sea un debito; y/o
  - b. suspenda preventiva y/o disponga la baja de mi participación del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-COFA.
- 5) Me obligo a mantener indemne al INSSJP y las demás Farmacias que forman parte del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-COFA, sus socios, funcionarios, directores, directores técnicos, empleados, apoderados, contratistas, subcontratistas y a las personas jurídicas y físicas vinculadas, contra todos y cualquier reclamo, conflicto, sentencia, costo, pasivo, daño, multas, pérdidas, demandas, acciones, juicios, sumarios y ejecuciones (incluyendo, sin limitación, honorarios de abogados) derivados de, o con relación a cualquier incumplimiento de nuestras obligaciones y/o que nos sea jurídicamente imputable. La indemnidad acordada será cumplida y asegurada a primer requerimiento, por lo que también aceptamos toda retención y compensación que el INSSJP practique sobre los importes a pagarnos derivados del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- COFA a los fines de asegurar la indemnidad acordada.
- 6) Acepto y presto conformidad que la CONFEDERACIÓN FARMACÉUTICA ARGENTINA tiene mandato suficiente para negociar, renegociar y/o modificar y/o acordar la solución de controversias en mi representación en relación al Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- COFA.

Sin otro particular saluda a Uds. muy atentamente.

Firma

Firma

Apellido y Nombre

Apellido y Nombre

Sello de Farmacia

Sello de Colegio