

MODELO DE SOLICITUD DE BAJA DE FARMACIA

SEÑORES

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

PRESENTE

Me dirijo a Ud. en calidad de representante de la Farmacia _____
código PAMI _____, con el objeto de solicitar nuestra baja como
Farmacia del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y
Diabetes PAMI- COFA. A tal efecto:

- 1) 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 en el marco de nuestra participación en el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- COFA.
- 2) Acepto que la baja se hará efectiva en los plazos y condiciones dispuestos en el 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 Farmacia

Sello Colegio

