

REQUISITOS PARA ATENDER PAMI

- 1) **NOTA**, dirigida al Presidente del Colegio de Farmacéuticos, solicitando el "ALTA PROVISORIA" para brindar servicios a los afiliados de PAMI.
- 2) **NOTA**, de la Droguería aceptando vehiculizar las "Notas de Recuperación" de PAMI.
- 3) **FOTOCOPIAS de:**
 - ✓ habilitación de Farmacia emitida por el SI.PRO.SA.
 - ✓ Ingresos Brutos
 - ✓ CUIT
- 4) **CUMPLIMENTAR** las copias que se adjuntan
- 5) **CARPETA DE COLOR VERDE**, para colocar el expediente
- 6) Si la Farmacia **NO ES** de propiedad del Farmacéutico presentar además fotocopia del **CONTRATO DE LOCACIÓN DE SERVICIOS** entre el propietario de la Farmacia y el Farmacéutico.

NO ATENDER PAMI HASTA NO RECIBIR, VÍA CORREO, EL "ALTA PROVISORIA" solicitada a través de este expediente.

DATOS NECESARIOS PARA DAR DE ALTA A LA FARMACIA

Nº DE ORDEN

SUCURSAL

Nombre fantasía

Razón Social

Domicilio
Calle

Número

Localidad

Cod. Postal

Teléfono

Propietario

Director Técnico

Matrícula D.T.

CUIT

Ingresos Brutos

AGRUPAMIENTO

DROGUERIA

Sello Entidad

Firma Autorizante

El que suscribe.....en su carácter de UNICO PROPIETARIO - REPRESENTANTE LEGAL (tachar lo que no corresponda) de farmacia, de la farmacia sita en la calle.....Nº.....de la localidad de....., C.P., provincia de....., solicita la incorporación voluntaria de..... (nombre o razón social de la farmacia) al CONVENIO DE PROVISION DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y/O ONCOLOGICOS A LOS AFILIADOS DEL INSSJP . A tal efecto declaro haber tomado debido conocimiento de los contratos suscriptos entre el INSSJP y INDUSTRIA FARMACEUTICA de fecha 20-5-97 y entre LA INDUSTRIA y LAS ENTIDADES REPRESENTATIVAS DE LAS FARMACIAS DE FECHA 7-8-97 para la provisión de medicamentos ambulatorios y ontológicos a los afiliados del INSSJP, como asimismo de las normas operativas e instructivos, cuyos ejemplares me fueran entregados en copia los que declaro conocer por haberlos leído antes de ahora.-----

Acepto y asumo la plena responsabilidad que me corresponda en la atención del beneficiario, derivada de los propios actos, de mis dependientes o de las personas o terceros de que me sirva.-

Asimismo acepto y me someto expresamente a la potestad disciplinaria y sancionatoria en única instancia de la COMISION MIXTA prevista en la cláusula novena apartado b) del acuerdo de partes del 07-8-97 suscripto entre los sectores representativos de La Industria, La Distribución y La Dispensación que dice " a) para las altas bajas y sanciones de las farmacias se conformará una comisión integrada por tres representantes de la Dispensación y tres de la Industria la que será presidida por un representante de la Industria" .- Presto expresa conformidad que sus decisiones sean dictadas en instancia única y comunicadas por las autoridades de la COFA , -

Declaro conocer y acepto que cualquier dato falso o erróneo incluido en la presente solicitud, en cualquier documentación o información que deba suministrar o se requerido, es causa suficientes para la pérdida de mi condición de adherente al Convenio.-

Expresamente declaro conocer y aceptar como condición esencial para poder adherir al Convenio que la suspensión preventiva o cancelación de la condición de adherente, que pudiere decretarse por la Comisión antes referida conforme su poder disciplinario, en modo alguno y bajo ningún concepto, condición o circunstancia, puede ser causa de reclamo y/o indemnización y/o de acción judicial y/o de reincorporación al Convenio y/o decualquier otra índole contra COFA y/o sus Colegios Afiliados.-----

Queda establecido que quedo facultado para dejar sin efecto la adhesión al Convenio de Prestación de Servicios a la Obra Social, con el solo requisito de preavisar a la COFA a través de mi COLEGIO de DISTRITO dicha decisión con treinta (30) días de anticipación, sin necesidad de expresión de causa y sin que ello genere derecho a reclamo alguno.-

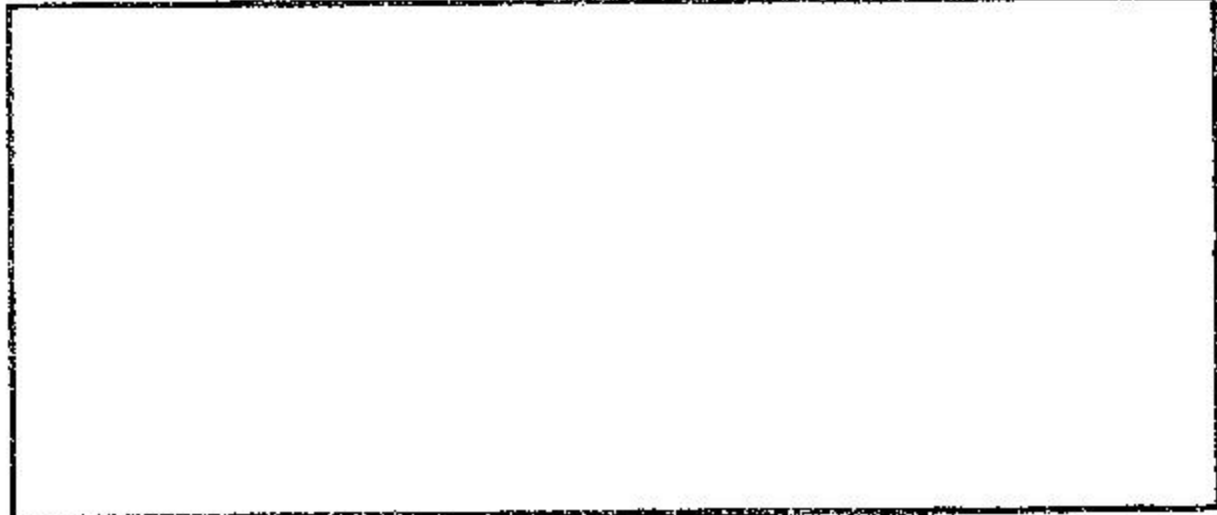
Constituyo domicilio legal en Farmacia....., Calle....., Nº....., Localidad....., C.P....., Provincia de....., donde serán válidas todas las notificaciones e intimaciones que se me cursen y me someto expresamente para cualquier actuación judicial que derive de mi calidad de adherente al Convenio de Prestación de servicios a la Obra Social, a la Jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de la Ciudad de Buenos Aires.-

Asimismo se establece, y el profesional reconoce, que las sanciones que se aplicaron por la comprobación de infracciones, involucra con los mismos alcances a la oficina farmacéutica, aún cuando a la época de la sustanciación del sumario o aplicación de la sanción, el profesional farmacéutico no perteneciese a la oficina farmacéutica en la cual ejercía sus funciones, cualquiera fuere la forma bajo la cual se encuentre organizada ésta.-

Presente en este acto don.....DNI con domicilio en..... en su carácter de socio comanditado, socio de la SRL, socio Director Técnico (tachar lo que no corresponda) presta su consentimiento expreso con lo expresado a través de la presente .-----

De conformidad se suscribe la presente acta de adhesión en a los..... días del mes de de mil novecientos noventa y -----

Firma Propietario y/o Representante Legal



Sello Farmacia

CERTIFICO/AMOS que la/s firma/s que anteceden han sido puestas en mi/nuestra presencia y corresponden a..... (indicar nombre DNI y carácter que reviste) - a los..... días del mes de.....de mil novecientos noventa y.....

DECLARACION JURADA CONVENIO PAMI 97

El que suscribe en su carácter de **UNICO PROPIETARIO – REPRESENTANTE LEGAL** (tachar lo que no corresponda) de farmacia sita en la calle N° de la localidad de..... provincia de, deja constancia que habiendo solicitado la incorporación voluntaria de (nombre ó razón social de la farmacia) al **CONVENIO DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y/O ONCOLÓGICOS A AFILIADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (INSSJP)** por solicitud de fecha **DECLARA BAJO JURAMENTO** que tanto el suscripto, como la farmacia, como su Director Técnico, Dr., 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 la **INSTITUCIONES REPRESENTATIVAS DE LAS FARMACIAS**.

Constituyo domicilio legal en Farmacia, calle N°, Localidad..... CP....., Provincia de, donde serán válidas todas las notificaciones e intimaciones que se 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 y sello de Fcia