

APENDICE A

SEÑORES

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

PRESENTE

Me dirijo a Uds. En calidad de representante de la Farmacia.....,
Con el objeto de solicitar se acepte nuestra incorporación como Farmacia del
Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes
PAMI-FACAF. A tal efecto:

- 1) Acepto de plena conformidad el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-FACAF

- 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-FACAF 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-FACAF 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-FACAF

4) Acepto y presto conformidad para que, ante el incumplimiento de nuestras obligaciones, en 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-FACAF

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-FACAF, 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.FACAF a los fines de asegurar la indemnidad acordada.

6) Acepto y presto conformidad que CAMARA de FARMACIAS DE LA PROVINCIA DE CORDOBA



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-FACAF

Sin otro particular saluda a Uds. Muy atentamente

Firma:

Apellido y Nombre:

Farmacia:

Firma:

Apellido y Nombre:

Camara/Entidad: