

ADHESIÓN RECETARIO SOLIDARIO

El que suscribe Don _____ D.N.I. Nº _____ - C.I./DNI Nº _____ en mi carácter de único propietario, socio gerente, socio comanditado, apoderado (tachar lo que no corresponda), según consta en la documentación que presentara oportunamente respecto de la farmacia denominada _____, en adelante EL PRESTADOR sita en _____ de la ciudad de _____, provincia de **Córdoba**, asumo los compromisos, pautas y condiciones generales expresadas en la presente solicitud voluntaria de incorporación y declaro que he tomado debido conocimiento, prestando expresa conformidad respecto de la finalidad y régimen de prestación del denominado RECETARIO SOLIDARIO, conforme al vademécum y bonificaciones. Asimismo me NOTIFICO y PRESTO EXPRESA CONFORMIDAD respecto de las instrucciones y normas operativas, que en Anexo I se agregan al presente, las que me obligo a cumplir expresamente o las que en cada caso se me comuniquen por FACAF.

PRIMERO: Como **PRESTADOR ASUMO LOS SIGUIENTES COMPROMISOS EXPRESOS:**

- a) Remitiremos las recetas, con la liquidación correspondiente a las prestaciones brindadas a través del sistema Recetario Solidario por intermedio de la CAMARA _____ conforme a las pautas establecidas. Del mismo modo, a través de dicha entidad formularé todas las comunicaciones, presentaciones y reclamos que deba realizar a los Laboratorios y/o a esa Institución.
- b) Asumimos la responsabilidad profesional de garantizar la entrega del medicamento a los pacientes o beneficiarios en perfectas condiciones, cumpliendo todas las reglamentaciones legales vigentes que regulan la profesión farmacéutica.
- c) Denunciaremos a través de la Institución respectiva, para su oportuna comunicación a la Auditoría y los Laboratorios, cualquier irregularidad que pudieren cometer los pacientes o beneficiarios.
- d) Asimismo tomamos conocimiento de que esta Farmacia no recibirá pago en efectivo por el descuento del 30% que realice al paciente o beneficiario sobre el precio de venta al público de las especialidades medicinales incluidas en el vademécum del Recetario Solidario, debiendo tomar como base el valor consignado como PRECIO SUGERIDO que dan a conocer el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos. Dicho descuento está conformado por un 15% (quince por ciento) en concepto de bonificación que efectuaré a mi exclusivo cargo, y el 15% (quince por ciento) restante será otorgado por los laboratorios participantes en concepto de descuento comercial mediante una notas de crédito que se me entregará y hará efectiva a través de Droguería _____, ello previa deducción de los débitos pertinentes. Todo esto en la medida que mi farmacia cumpla con las condiciones del presente, me ajuste al vademécum y cumpla estrictamente con las normas operativas. Caso contrario el laboratorio no otorgará el descuento comercial mencionado.
- e) El descuento comercial que realizan los laboratorios es una bonificación extraordinaria de los mismos con el fin de facilitar a través del presente sistema la accesibilidad de la población a los medicamentos. Por ello, conozco y acepto que los descuentos comerciales otorgados por los laboratorios son una liberalidad de los mismos, por cuanto estos pueden dejar de otorgarlos a su sola opción sin que ello genere a mi favor derecho a reclamar daños y/o perjuicios de ninguna especie hacia la INSTITUCIÓN y/o los laboratorios bastando con que los descuentos ya comprometidos se hagan efectivos hasta el día en que se me comunique fehacientemente por intermedio de la CAMARA la decisión de no seguir efectuándolos.
- f) Nos notificamos expresamente que el plazo de vigencia de esta adhesión será por tres meses a partir de su firma y renovable automáticamente por idéntico plazo, en forma indefinida, salvo que medie denuncia de cualquiera de las partes, con el solo requisito de pre avisar tal decisión a la otra parte con treinta días de anticipación, sin que ello genere derecho alguno a favor de la contraparte.

SEGUNDO: Aceptamos que la consignación de cualquier dato falso o erróneo en la presente documentación o en cualquier otra, así como en toda la información que deba suministrar, será causa suficiente para la pérdida de mi condición de PRESTADOR, la que será notificada a solicitud de cualquiera de los integrantes del sistema, a través de la CAMARA _____

TERCERO: Aceptamos la potestad de contralor de las Auditorías que el sistema designe y/o, los Laboratorios y/o esa Institución, por sí o por intermedio de terceros debidamente autorizados por la Cámara para realizar todo tipo de auditorías de los servicios prestados.

En caso de verificarse fehacientemente incumplimientos o infracciones de este PRESTADOR, tales como:

- La inclusión de troqueles falsos
- Canalizar a través del Recetario troqueles correspondientes a otras ventas realizadas por fuera del sistema
- Exender con recetarios falsos
- La no certificación fehaciente del nombre, el número de documento de identidad del paciente y el domicilio que figura en el mismo
- El incumplimiento reiterado de las normas de atención
- Cualquier otra conducta que resulte perjudicial para el sistema y/o las políticas de comercialización de los Laboratorios integrantes del sistema

Las conductas arriba indicadas son solo enumerativas y no taxativas.

Aceptaré que el laboratorio no otorgue el descuento comercial mencionado en el artículo primero inciso "d)" y/o sea excluido del sistema rescindiendo directamente el presente convenio, sin derecho del PRESTADOR a reclamar indemnización de ninguna especie, como asimismo el no otorgamiento de una renovación de la presente solicitud.

Queda perfectamente aclarado que los débitos por diferencias de precios, deficiencias en la provisión según las normas establecidas en el Anexo I, y/o cualquier otra causa que no cumpla con dichas normas, serán soportados exclusivamente por el PRESTADOR.

CUARTO: Para el caso de divergencias o controversias sobre los efectos, alcances o ejecución de la presente carta adhesión, aceptamos que antes de cualquier demanda será menester intentar una mediación formal por ante un Mediador de la Capital Federal, debidamente registrado por ante el Ministerio de Justicia, a elección de la parte requirente. Una vez agotadas fehacientemente al menos tres audiencias de conciliación, las partes se someterán a los Tribunales Ordinarios Civiles de la Capital Federal, con renuncia a cualquier otro fuero o jurisdicción. A tales efectos, los domicilios se constituyen en _____ por parte de _____ (Indicar Institución representativa de las farmacias) y en _____ por parte del PRESTADOR.

De conformidad, previa lectura y ratificación firmo la presente adhesión voluntaria, según las condiciones establecidas, así como las normas e instrucciones relativas al mismo, que constan en el Anexo I, en Buenos Aires a los _____ días del mes de _____ año _____.

(Firma certificada por Escribano / Banco / Juez de Paz)

INTERVENCION DE LA CÁMARA

El que suscribe en carácter de Presidente y/o Gerente Apoderado de la Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba _____ con domicilio sito en _____, conforme los antecedentes obrantes en nuestra Institución, acredita que el Sr. _____ firmante de la carta precedente es el _____ de la FARMACIA _____ con domicilio en _____ asociada a nuestra Institución.

En Buenos Aires, a los _____ días del mes de _____ año _____.

Firma y sello

Sello de la Entidad

DE CONFORMIDAD POR INSTITUCION

DATOS DE LA FARMACIA

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____

TELÉFONO: _____

E-MAIL: _____

C.U.I.T. N°: _____

CÓDIGO PAMI: _____

DATOS DEL PROPIETARIO o CARACTERÍSTICAS DE LA SOCIEDAD

APELLIDO Y NOMBRES: _____

DOCUMENTO C.I./L.E./L.C./D.N.I.: _____

DATOS DEL DIRECTOR TÉCNICO

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DOCUMENTO C.I./ L.E./ L.C./ D.N.I.: _____

MATRÍCULA: _____

DROGUERÍA ASIGNADA PARA LAS NOTAS DE CRÉDITO

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____

CÓDIGO: _____