

ADHESIÓN AL CONVENIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS, CLOZAPINAS Y DIABETES- INSSJP Y FACAF

SEÑORES

Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba

PRESENTE.-

Quien suscribe,, DNI N°, en mi carácter dede Fcia, razón social, CUIT: CUF:....., GTIM:, identificada por el **INSSJP** con el N°, con domicilio en....., de la localidad de,, provincia de en adelante el **ADHERENTE**, expongo que en virtud de que he tomado conocimiento de las cláusulas del convenio suscripto, con fecha 17 de Octubre de 2018, entre el **INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS**, en adelante **INSSJP**, y la **FEDERACIÓN ARGENTINA DE CÁMARA DE FARMACIA**, en adelante **LA FACAF**, adhiero voluntariamente a dicho convenio y concedo el mandato para mi representación a la Cámara de Farmacias de la Prov.de Córdoba, en adelante **LA CÁMARA** y por su intermedio a **LA FACAF**, rigiéndose el mismo por los siguientes terminos:

PRIMERO: RESPONSABILIDAD DEL ADHERENTE

1.1 Esta FARMACIA asume la plena y absoluta responsabilidad civil, patrimonial y penal, por el estricto cumplimiento de las leyes, reglamentos y disposiciones que regulan la actividad que se compromete a realizar, liberando en tal sentido al **ADMINISTRADOR, LA FACAF y LA CÁMARA** de cualquier reclamo emergentes de nuestros incumplimientos. Asimismo, nos comprometemos a aceptar e implementar todas las directivas y cambios en la prestación, que determinen el **INSSJP - LA ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO, LA FACAF y LA CÁMARA**.

SEGUNDO: VIGENCIA

2.1 La vigencia, proroga y rescisión de la presente adhesión serán idénticos a los ordenados en el contrato suscripto entre **INSSJP-FACAF**.

2.2 Una vez cumplido el plazo mínimo inicial de permanencia en el convenio (12 meses), El **ADHERENTE** tendrá el derecho de rescindir el presente vínculo sin invocación de causa, solo notificando fehacientemente a **LA CÁMARA** con una anticipación de 90 días, y ésta se obliga a transmitirlo a **LA FACAF**, sin que ello genere derecho al pago de indemnización alguna.

TERCERO: OBLIGACIONES DE LA FACAF

LA FACAF, junto a **LA CÁMARA** facilitarán la accesibilidad de los medicamentos a los afiliados del **INSSJP** colaborando con la gestión del Convenio con la finalidad de cooperar en la prevención, cuidado, recuperación y rehabilitación de la salud de los afiliados del **INSSJP**.

3.1 **LA FACAF** actuará como MANDATARIA EXCLUSIVA de **LA CÁMARA** quien, a su vez, lo hará respecto del **ADHERENTE** ante la **ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO PAMI** y frente a terceros, a todos los efectos legales de los referidos contratos. Específicamente competará a la **FACAF**:

3.1.1 Comunicar las directivas emanadas de la **ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO - INSSJP** y **LA CÁMARA** y esta última, a su vez, lo hará en relación al **ADHERENTE**.

3.1.2 Realizar ante la **ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO - INSSJP** todas las gestiones que fuera necesarias para la liquidación y cobro de las prestaciones

efectuados por **EL ADHERENTE**, no asumiendo **LA FACAF** ni **LA CÁMARA** ninguna responsabilidad frente al **ADHERENTE** por la falta de pago y/o demoras y diferencias que puedan surgir entre éste y el **INSSJP - LA ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO** y el **ADHERENTE**.

3.2 Supervisar y auditar por sí o a través de **LA CÁMARA** la prestación del servicio por parte del **ADHERENTE** y disponer la organización administrativa que sea más eficaz a los fines del cumplimiento del contrato suscripto con el **INSSJP** con fecha 17/10/18.

CUARTO: FONDOS A LIQUIDAR Y ORIGEN

4.1 De cada recepción de fondos en dinero de curso legal, perteneciente al convenio se liquidará bajo la siguiente modalidad:

Luego de realizadas las deducciones correspondientes a los costos convenidos con **LA FACAF** y **LA CÁMARA** los fondos serán liquidados al **ADHERENTE**, o a quien éste indique, siempre bajo instrucciones expresas del mismo. Por lo que el dinero restante quedará a disposición del **ADHERENTE** para continuar con el objeto propio para el cual se ha constituido.

4-2 Declaro que los fondos son propios y corresponden a la percepción de los importes por la prestación de la dispensa de medicamentos a los afiliados del **INSSJP** en las condiciones establecidas en el convenio **FACAF - INSSJP** de fecha 17 de octubre de 2018. **LA CÁMARA** y **LA FACAF** no asumen el carácter de titulares de los fondos transferidos al **ADHERENTE**, ni son fiadores ni garantes de tales fondos, sino que solo cumplen con una manda simple y pura de transferir los porcentajes correspondientes al **ADHERENTE** de los fondos recibidos desde el **INSSJP** según lo descripto en el punto anterior.

QUINTO: OBLIGACIONES DE LA CÁMARA

5.1 Actuar como mandataria del **ADHERENTE** por su intermediario ante **LA FACAF**, para que ésta vele ante PAMI y frente a terceros por la correcta administración del convenio.

5.2 Liquidar al **ADHERENTE** los fondos recibidos desde **LA FACAF**, respecto al Convenio de marras, dentro de las 48 hs. de recibidos los mismos.

SEXTO: OBLIGACIONES DEL ADHERENTE

6.1 Requerir la entrega de la receta debidamente completada por parte del afiliado contra la entrega del medicamento, conforme las pautas establecidas en cada contrato y sus anexos.

6.2 Comprometerse a enviar las transacciones a través de la herramienta puesta a disposición por **LA FACAF** para la captura, transporte y guarda de las validaciones; y a proceder a cerrar las presentaciones en las fechas establecidas por el **INSSJP ADMINISTRADOR - FACAF** para cada quincena.

6.3 El **ADHERENTE** asume la responsabilidad profesional de garantizar la entrega del medicamento al afiliado en perfectas condiciones, asimismo, asume las responsabilidades derivadas de los propios actos, de los dependientes o de las personas o terceros de que se sirva, comprometiéndose a cumplir en un todo las normativas nacionales y provinciales que reglamente el ejercicio profesional y la actividad farmacéutica.

6.4 Aceptar, previo ejercicio de defensa, las resoluciones que adopte en materia disciplinaria y económica los órganos establecidos en el convenio.

6.5 Denunciar ante **LA CÁMARA** quien, a su vez, informará a **LA FACAF** cualquier irregularidad que pudieren cometer los afiliados del **INSSJP**.

6.6 Comunicar a **LA CÁMARA** quien, a su vez, informará a **LA FACAF** toda modificación de los datos personales o societarios y/o de la cesión total y parcial del establecimiento dentro de los plazos legales de producidas las citadas modificaciones y de acuerdo a lo establecido para altas, bajas y modificaciones.

6.7 El **ADHERENTE** asume plena responsabilidad frente a **LA CÁMARA, LA FACAF**, al **INSSJP - ADMINISTRADOR DEL CONVENIO**, en caso que efectúe o continúe efectuando sus prestaciones a pesar de haber recibido alguna suspensión e inhabilitación del INSSJP. En tales situaciones, si el INSSJP retuviera o no pagara las prestaciones, el **ADHERENTE** carecerá de derecho para reclamar a **LA FACAF** ni a la **LA CÁMARA**, tales reintegros.

6.8 Sin perjuicio de la plena conformidad brindada previamente, específicamente:

6.8.1 Me obligo a otorgar los descuentos que correspondan conforme al **Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FACAF**.

6.8.2 Acepto las normas y modalidades sobre auditoría, dispensación, liquidación y pago que se establecen en el **Convenio de Diabetes PAMI- FACAF**.

6.8.3 Acepto las potestades del **INSSJP** definidas en el **Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FACAF**.

6.9 El **ADHERENTE** se obliga 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 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 judiciales, sumarios, y ejecuciones (incluyendo, sin limitación, honorarios de abogados) derivados de, o con relación a cualquier incumplimiento de nuestras obligaciones y/o que sea jurídicamente imputable.

6.10 DECLARO BAJO JURAMENTO que tanto el suscripto y/o la farmacia no han iniciado acciones en ámbitos administrativos, legales o judiciales contra la **LA CÁMARA, LA FACAF** o el **INSSJP** por el motivo que fuere, ya sea nacido de este convenio o cualquier otro que los vinculare. En los casos que existiera alguno de los supuestos anteriores las partes se obligan a abrir una instancia de negociación a los fines de solucionar el conflicto.

SEPTIMO. EI ADHERENTE acepta la potestad de contralor de la **ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO**, de **LA CÁMARA** y de **LA FACAF**, tanto para realizar auditorías de los servicios prestados cuanto para aplicar penalidades por los incumplimientos o infracciones que se determinen, cuando así se requiera en los respectivos contratos. Las sanciones serán adoptadas previo ejercicio del derecho de defensa, siguiendo el principio de gradualidad y podrán ser de apercibimiento, multa, suspensión y rescisión contractual del presente convenio sin derecho del **ADHERENTE** a reclamar indemnización de ninguna especie. 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 decretar el **INSSJP**, 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 de cualquier otra índole contra **LA FACAF**, y/o sus Cámaras asociadas. Queda perfectamente aclarado que los débitos por diferencias de precios, deficiencias en la provisión según normas del **INSSJP** y/o cualquier causa justificada determinada por esta, serán soportados exclusivamente por el **ADHERENTE**.

OCTAVO. Para el caso de divergencias o controversias sobre los efectos, alcances o ejecución de las prestaciones del convenio, **ACEPTAMOS EXPRESAMENTE** la decisión que adopte la **COMISIÓN** prevista en el Convenio suscripto entre el **INSSJP** y **LA FACAF**. Del mismo modo se acepta expresamente la jurisdicción y competencia de los Tribunales Ordinarios de la Capital Federal, con renuncia a cualquier otro fuero o jurisdicción, conforme lo previsto. A tales efectos, los domicilios se constituyen en Avenida Eduardo Madero 942, piso 12º - Torre Madero (CP1106), CABA, por parte de

la **FACAF**, enpor parte
de la **CÁMARA** y en
.....por parte del
ADHERENTE, debiendo notificarse al **ADMINISTRADOR DEL CONVENIO** en el
domicilio que oportunamente comuniqué.

De conformidad, previa lectura y ratificación firma la presente adhesión voluntaria, y doy carácter de formal recibo al presente respecto de las copias de los contratos anexos cuyos ejemplares me fueran entregados, así como las normas e instrucciones relativas a cada contrato, en ____-_____, a los días del mes de de 20....

.....

Firma certificada por autoridad Notarial o Bancaria o Policial o por Juez de Paz

CERTIFICACIÓN DE LA CÁMARA.....

Por la presente, en mi carácter de **Presidente de la Cámara**....., manifiesto que el arriba firmante es

titular/socio de nuestra **Asociada Farmacia**
..... con domicilio en

Ante ello y las normas contractuales emergentes de los Convenios firmados entre el **INSSJP -FACAF** con fecha 17-10-2018 se han recibido dos ejemplares de la presente adhesión, uno de los cuales queda archivado en esta Cámara y el otro se remite a sus efectos a la **FACAF**.
