

Adhesión OMINT

ANEXO I- DATOS DE LA FARMACIA

1.1.1 Datos de la Farmacia

Fecha: ____/____/____

Nombre de Fantasía. _____

Beneficiario del cheque (sólo en caso de Cámaras, colegios, etc **CAMARA DE FARMACIAS DE LA PROVINCIA DE CORDOBA**

Razón Social. _____

Dirección (calle): _____ Nº

_____ Localidad _____

Código Postal _____ Provincia _____

Teléfonos _____

E-Mail: _____ @ _____ . _____ . _____

Socios o Titulares y su tipo y número de documento.

_____ Doc. Tipo ____ Nº _____

_____ Doc. Tipo ____ Nº _____

_____ Doc. Tipo ____ Nº _____

_____ Doc. Tipo ____ Nº _____

Director Técnico y número de matrícula. _____

_____ Nº Matrícula _____

Fotocopia de Inscripción (CUIT)

Nº de CUIT [][] - [][][][][][][][][] - [][]

Condición ante el IVA.: _____

Número de Ingresos Brutos Nº _____

Droguería a favor de la cual se emitirá la nota de crédito _____

Código de la Droguería a favor de la cual se emitirá la nota de crédito _____

Código Farmalink (en caso de poseer) _____

Declaramos y garantizamos solidariamente que los datos enunciados son correctos y que es auténtica y verdadera la documentación adjunta, asumiendo toda responsabilidad por el supuesto de omisión o falsedad de la información dada.

Se deberán adjuntar copias de Ingresos Brutos, CUIT y condición ante el IVA

Firma _____

Sello Farmacia _____

En el caso de suscribir el contrato apoderados: copia autenticada del poder que quedará en _____. Referencia de Poder _____

ANEXO II- HORARIOS DE ATENCIÓN DE LA FARMACIA

La Farmacia prestara los servicios a que hace referencia este contrato en los siguientes días y horarios:

Lunes a Viernes de _____ a _____ horas

Sábados de _____ a _____ horas

Domingos de _____ a _____ horas

Feridos de _____ a _____ horas

La Farmacia declara que SI | NO (tachar lo que NO corresponda) cumple con el turno número ____ asignado por la legislación vigente.

En caso de NO cumplir con este turno se adjunta la documentación que acredita la excepción.

Firma _____

Sello Farmacia _____

OMINT

-Guía de evaluación de Farmacia -

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre de la Farmacia:
 Domicilio..... Loc..... Pcia.....
 Teléfono E-mail.....
 Código Farmalink..... CUFE N°.....

Cuestionario		
1. ¿Cuenta la farmacia con un farmacéutico a Cargo?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Cuenta con habilitación del Ministerio de Salud?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Cuenta con sistema de validación on line?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Preparan recetas magistrales?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5. ¿Dispensa listas de estupefacientes?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6. ¿Cuenta con gabinete de aplicación de inyectables?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7. ¿Cuenta con vacunatorio?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8. ¿Puede entregar medicación anticonceptivos, PMI y Res. 310 al 100%?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9. ¿Opera con tarjetas de crédito y/o débito?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10. ¿Cuentan con servicio de entrega a domicilio?	Si <input type="checkbox"/> c/cargo <input type="checkbox"/> s/cargo <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
11. ¿Prestan actualmente servicio al INSSJP (PAMI)?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
12. ¿Prestan actualmente servicio a otros prepagos?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
13. ¿Cuál es la antigüedad de la farmacia?/...../.....	
14. Días y Horario de atención	L. a V.....24 Hs..... Sab..... Dom.....	
15. Especificar la forma de garantizar cadena de frío	

Yo,..... manifiesto, como declaración Jurada, que
 (Nombre y Apellido)
 los datos arriba consignados son reales y están vigentes a la fecha.

..... Lugar y fecha,.....
 (Firma y Sello farmacia)

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.