

ADHESIÓN PAMI (FACAF)

El que suscribe Don _____, DNI Nro. _____
C.I. Nro. _____, en su carácter de Único Propietario, Socio Gerente, Socio Comanditado, Presidente, Apoderado (tachar lo que no corresponda) de la farmacia denominada _____, sita en _____, de la ciudad de _____, asociado a la CÁMARA DE FARMACIAS de _____, con domicilio en _____, por el presente declara que ha tomado debido conocimiento del contrato celebrado entre el INSSJP y la INDUSTRIA con fecha 20-05-97 y el acuerdo entre la INDUSTRIA y las Entidades Representativas de las Farmacias con fecha 7-08-97, como así también las modificaciones al convenio entre el INSSJP y la INDUSTRIA aceptadas por el instituto mediante resolución 656/00 y el acta acuerdo complementario del acuerdo de partes mencionado entre la INDUSTRIA y las entidades representativas de las farmacias del 24/08/00, para la provisión de medicamentos ambulatorios y oncológicos a los afiliados del INSSJP cuyos textos, contenidos, anexos y especificidades me fueran entregados en copia, que declaro haber recibido previo a la firma de la presente adhesión. Del mismo modo me NOTIFICO y PRESTO CONFORMIDAD respecto de las instrucciones y normas operativas que emanen del ADMINISTRADOR DEL CONVENIO y de la FACAF. Que asimismo acepto y daré cumplimiento de conformidad a todas y cada una de las cláusulas previstas en los referidos contratos.

Que en tales circunstancias adhiero voluntariamente a los contratos prestacionales arriba citados asumiendo el carácter de ADHERENTE y manifiesto expresamente que:

PRIMERO. 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 a LA CÁMARA DE _____ 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 y LA FACAF a través de la CÁMARA DE FARMACIAS de _____

SEGUNDO. Los plazos y modalidades, de vigencia, prórroga y rescisión, serán idénticos a los contenidos en los contratos suscriptos por la INDUSTRIA Y LAS ENTIDADES REPRESENTATIVAS DE LAS FARMACIAS.

TERCERO. LA CÁMARA DE FARMACIAS de _____ y la FEDERACIÓN ARGENTINA DE CÁMARAS DE FARMACIA actuarán como MANDATARIAS EXCLUSIVAS de nuestra Farmacia, ante la ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO, ante el INSSJP y frente a terceros, a todos los efectos legales de los referidos contratos. Específicamente competirá a la FACAF:

- a) Actuar como intermediario en las directivas entre la ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO, EL INSSJP y EL ADHERENTE.
- b) Realizar ante la ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO Y/O EL INSSJP todas las gestiones que fuera menester para la liquidación y cobro de los suministros efectuados por el ADHERENTE, no asumiendo la FACAF ninguna responsabilidad frente a nuestra Farmacia por la falta de pago y/o demoras y diferencias que puedan surgir entre el INSSJP, LA ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO y el ADHERENTE.
- c) Abonar a la CÁMARA arriba indicada las sumas liquidadas por la ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO correspondiente al servicio farmacéutico prestado.

Dicho pago se efectuará dentro de los tres días de acreditados los cheques librados por la ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO. La CÁMARA arreglará con sus respectivos asociados la fecha de pago.

d) Supervisar y auditar por si o por terceros debidamente autorizados 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 la INDUSTRIA con fecha 07-08-97.

CUARTO. EL ADHERENTE ASUME ADEMÁS DE LOS PREVISTOS EN EL CONTRATO, LOS SIGUIENTES COMPROMISOS EXPRESOS:

a) 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.

b) El ADHERENTE asume la responsabilidad profesional de garantizar la entrega del medicamento al afiliado en perfectas condiciones de uso, cumpliendo todas las reglas de la profesión y especialmente la obligación de mantener la cadena de frío.

c) Someterse y aceptar las resoluciones que adopte en materia disciplinaria y económica los órganos establecidos en cada Contrato.

d) Denunciar ante la CÁMARA DE FARMACIAS DE _____ y ante la FACAF, cualquier irregularidad que pudieren cometer los afiliados del INSSJP.

e) Comunicar a la CÁMARA DE FARMACIAS DE _____ y a la FACAF toda modificación de los datos personales o societarios y/o de la cesión total y parcial del establecimiento dentro de los CINCO (5) días hábiles de producidas las citadas modificaciones.

f) El ADHERENTE reconoce como compensación a su CÁMARA por gastos administrativos por la prestación de Ambulatorios, el _____ POR CIENTO de los montos correspondientes al precio de venta al público de cada liquidación presentada al cobro por ante la ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO. De dicho porcentaje la CÁMARA, reintegrará a la FACAF por los gastos administrativos en que la Federación incurre, el CERO COMA DOS POR CIENTO (0,2%) de los montos correspondientes al precio de venta al público, de cada liquidación presentada al cobro por ante la ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO.

En materia de prestaciones por medicamentos Oncológicos, el ADHERENTE percibirá exclusivamente en concepto de comisión por el servicio farmacéutico, una suma fija a determinar periódicamente por la CAMARA a la cual pertenece, conforme a las liquidaciones que perciba de los Administradores del Convenio previa deducción de los gastos administrativos pertinentes.

g) Conforme a la cláusula novena del convenio suscripto entre la INDUSTRIA y las Entidades Representativas de las Farmacias me obligo en caso de solicitar la baja o rescindir mis prestaciones al convenio, de notificar tal decisión con una antelación de 90 días tanto a la FACAF como al ADMINISTRADOR DEL CONVENIO.

h) El ADHERENTE asume plena responsabilidad frente a la FACAF, al INSSJP y al ADMINISTRADOR DEL CONVENIO, en caso de que efectúe o continúe efectuando sus prestaciones a pesar de haber merecido 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 tales reintegros.

QUINTO. El ADHERENTE acepta la potestad de contralor de la ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO y de la FACAF, por si o por intermedio de terceros debidamente autorizados, 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 de hasta PESOS UN MIL (\$1.000), suspensión y rescisión contractual. En caso de verificarse incumplimientos o infracciones graves, a pedido del ADMINISTRADOR DEL CONVENIO, podrá rescindirse directamente el presente convenio sin derecho del ADHERENTE a reclamar indemnización de ninguna especie. 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.

SEXTO. El ADHERENTE declara bajo juramento que se encuentra inscripto/a título personal- la sociedad que representa (táchese lo que no corresponda), para el cumplimiento de las obligaciones impositivas y previsionales bajo el C.U.I.T Nro. _____

SÉPTIMO. 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 la cláusula novena inciso a) del Convenio suscripto entre la INDUSTRIA y las Entidades Representativas de las Farmacias. 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 en la cláusula decimocuarta del convenio suscripto entre la INDUSTRIA y las Entidades Representativas de las Farmacias. A tales efectos, los domicilios se constituyen en Hipólito Irigoyen 1534 7° Piso, Capital por parte de la FACAF y en _____ por parte Adherente, debiendo notificarse al ADMINISTRADOR DEL CONVENIO en el domicilio que oportunamente comunique.

OCTAVO. Declaro 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 el alta de la farmacia en el 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 las INSTITUCIONES REPRESENTATIVAS DE LAS FARMACIAS.

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

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

Firma y sello de la farmacia

CERTIFICACION DE LA CAMARA DE FARMACIAS de la Provincia de CORDOBA

(Para ser utilizado por personal de la Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba)

Por la presente, en mi carácter de _____ de la Cámara de Farmacias de _____, 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 la Industria y el INSSJP con fecha 20-05-97 y entre la Industria y las Entidades Representativas de las Farmacias con fecha 7-08-97, como así también las modificaciones al convenio entre el INSSJP y la INDUSTRIA aceptadas por el instituto mediante resolución 656/00 y el acta acuerdo complementario del acuerdo de partes mencionado entre la INDUSTRIA y las entidades representativas de las farmacias del 24/08/00, 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.

Firma y Sello de la Institución

ADHESIÓN PAMI - AMBULATORIO

Sres.: FEDERACION ARGENTINA DE CAMARAS DE FARMACIAS.

Por medio de la presente el que suscribe. _____
DNI o CI Nro _____ en su carácter de UNICO PROPIETARIO, SOCIO COMANDITADO,
SOCIO GERENTE, PRESIDENTE, REPRESENTANTE LEGAL (tachar lo que no corresponda) de farmacia, _____
_____ con domicilio en: _____
de la Localidad de: _____ de la Provincia: _____
Código Postal: _____ con CUIT N° _____ declara:

PRIMERA: Que he tomado conocimiento detenido y circunstanciado del PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES PARTICULARES Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS (en adelante el Pliego) y del PLIEGO ÚNICO DE BASES Y CONDICIONES GENERALES (en adelante el Pliego General) del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES para JUBILIADOS y PENSIONADOS (INSSJP/PAMI) referido a la CONTRATACION DEL SERVICIO DE PROVISION DE ESPECIALIDADES **AMBULATORIAS** (Renglón 1 del citado Pliego) A LOS AFILIADOS DEL INSSJyP , (LICITACION PUBLICA Nº 18, aprobada por Resolución 529/04 del INSSJP) como así también del convenio celebrado entre LA INDUSTRIA FARMACEUTICA (representada por la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos –CILFA-, la Cámara Empresaria de Laboratorios Farmacéuticos –COOPERALA- y la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales –CAEME- y Laboratorios Asociados; en adelante cuando se refiera a LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA se tratará de las entidades mencionadas en este paréntesis) y las entidades representativas de la DISPENSACION, Confederación Farmacéutica Argentina (COFA), Federación Argentina de Cámaras de Farmacias (FACAF) y Asociación de Farmacias Mutuales y Sindicales de la República Argentina (AFMySRA) para la provisión de medicamentos a los afiliados del INSSJyP (en caso de que la INDUSTRIA resulte ser la adjudicataria del citado proceso licitatorio).

Que he tomado conocimiento que la INDUSTRIA FARMACÉUTICA (CILFA, COOPERALA, CAEME y Laboratorios Asociados) ha presentado una oferta en el proceso licitatorio referido precedentemente. Que sabiendo todo ello, expreso lo siguiente:

- a) Que acepto y daré cumplimiento de conformidad a todas y cada una de las cláusulas previstas en el Pliego y el Pliego General, así como en el contrato que firme la INDUSTRIA FARMACÉUTICA en caso de resultar adjudicataria del proceso licitatorio referido, asumiendo el carácter de ADHERENTE (en adelante se referirá a la farmacia firmante como ADHERENTE).
- b) Que asimismo, solicito ser incorporado a la nómina de efectores de la red prestacional de las entidades representativas de la DISPENSACIÓN, para atender la provisión de medicamentos a los afiliados del INSSJyP.
- c) Asumo la plena y absoluta responsabilidad civil, patrimonial y penal por el estricto cumplimiento de las leyes, reglamentos y disposiciones que regulan la actividad que me comprometo a realizar en mi farmacia, liberando en tal sentido a la INDUSTRIA FARMACÉUTICA, la **FACAF** y a LA CÁMARA (cada

vez que aparezca la expresión LA CÁMARA debe entenderse como la Cámara local que corresponde a la farmacia del caso de cualquier reclamo emergente de mi incumplimiento. Asimismo, me comprometo a aceptar e implementar todas las directivas y/o cambios en la prestación, que determinen el INSSJP, la INDUSTRIA FARMACÉUTICA y la **FACAF** a través de la CÁMARA de FARMACIAS de la Provincia de CORDOBA y que me sean comunicados en forma oportuna y fehaciente por las Instituciones que me representan.

d) QUE ESTA ADHESIÓN ES POR EL TIEMPO DE VIGENCIA CONTRACTUAL ACORDADO POR LA INDUSTRIA CON EL INSSJP, LA PRÓRROGA QUE PUDIERE DERIVARSE Y HASTA LA EXTINCIÓN TOTAL DE LAS OBLIGACIONES EMERGENTES DE LA CONTRATACIÓN, LIMITANDO MIS DERECHOS RESCISORIOS Estrictamente a las situaciones, modalidades y plazos, previstos en el pliego aprobado por Resolución 529/04 del INSSJP.

SEGUNDA: LA CÁMARA de FARMACIAS de la Provincia de CORDOBA y la **FACAF** actuarán como MANDATARIAS EXCLUSIVAS de mi Farmacia, cada una en el ámbito de su actuación, ante la INDUSTRIA FARMACÉUTICA, ante el INSSJP y frente a terceros, a todos los efectos legales de los contratos referidos en el primer párrafo de la cláusula primera. Específicamente competirá a la **FACAF**:

a) Actuar como intermediario en las directivas entre LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA, EL INSSJP y EL ADHERENTE.

b) Realizar ante LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA y/o el INSSJP todas las gestiones que fueran necesarias para realizar la liquidación quincenal y el cobro de los suministros efectuados por el ADHERENTE, no asumiendo la **FACAF** ninguna responsabilidad frente a mi Farmacia por la falta de pago y/o demoras, débitos y diferencias que puedan surgir entre el INSSJP, LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA y el ADHERENTE.

c) Abonar a la CÁMARA arriba indicada, dentro de los tres días hábiles de acreditados los cheques librados por LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA, la suma correspondiente a la liquidación quincenal del servicio farmacéutico prestado. La CÁMARA arreglará con sus respectivos asociados la fecha de pago.

d) Supervisar y auditar por sí o por terceros debidamente autorizados 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 entre LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA y el INSSJyP, (a través de la Licitación Pública Nº 18 del citado Instituto, aprobada por la Resolución 529/04).

TERCERA: Que como ADHERENTE asumo además de las obligaciones que surgen del Pliego, Pliego General, el contrato que eventualmente se firme entre la INDUSTRIA FARMACÉUTICA y el INSSJP y el convenio firmado entre LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA y la DISPENSACIÓN, los siguientes compromisos:

a) Presentar de mi farmacia, toda la documentación respaldatoria de cada prestación, la/s recetas debidamente completadas por parte del afiliado contra la entrega del medicamento con sus correspondientes troqueles, y/o cualquier otro requisito que se indique, conforme a las pautas establecidas en todos los convenios citados en el encabezado de esta cláusula, así como toda otra regulación que emita el INSSJP.

- b)** Como Adherente asumo la plena responsabilidad profesional que me corresponde en la atención del beneficiario, derivada de los propios actos de mis dependientes o de las personas o terceros de que me sirva, como asimismo DECLARO CONOCER Y ACEPTAR el régimen de sanciones previsto en el Anexo IV del pliego licitatorio y las normas administrativas emanadas del INSSJP, asimismo de garantizar la entrega del medicamento al afiliado en perfectas condiciones de uso, cumpliendo con todas las reglas de la profesión y especialmente la obligación de mantener la cadena de frío.
- c)** Denunciar ante la CÁMARA de FARMACIAS de la Provincia de CORDOBA y ante la **FACAF**, cualquier irregularidad que pudieren cometer los afiliados del INSSJP.
- d)** Comunicar a la CÁMARA de FARMACIAS de la Provincia de CORDOBA y a la **FACAF**, toda modificación de los datos personales o societarios y/o de la cesión total y parcial del mi farmacia, dentro de los CINCO (5) días hábiles de producidas las citadas modificaciones.
- e)** Adherir o incorporar a mi farmacia al sistema de validación on-line que **FACAF** determine a efectos de dar cumplimiento en tiempo y forma con el Artículo 3 inciso L, del Pliego de Licitación pública N° 18 aprobada por Resolución 529/04 del INSSJyP.

CUARTA: El ADHERENTE asume plena responsabilidad frente a la **FACAF**, al INSSJP y a LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA, en caso de que efectúe o continúe efectuando sus prestaciones a pesar de haber merecido alguna suspensión e inhabilitación del INSSJP. En tales situaciones, si el INSSJP y/o LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA retuvieren o no pagaren las prestaciones, el ADHERENTE carecerá de derecho para reclamar a **FACAF** tales reintegros.

QUINTA: El ADHERENTE acepta la potestad de contralor del INSSJP, de LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA y de la FACAF, por sí o por intermedio de terceros debidamente autorizados, 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 de hasta PESOS UN MIL (\$1.000), suspensión y rescisión contractual. En caso de verificarse incumplimientos o infracciones graves, a pedido del INSSJP, LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA y/o la FACAF, podrá rescindirse directamente el presente convenio sin derecho del ADHERENTE a reclamar indemnización de ninguna especie. 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.

SEXTA: El ADHERENTE declara bajo juramento que se encuentra inscripto/a a título personal- la sociedad que representa (táchese lo que no corresponda), para el cumplimiento de las obligaciones impositivas y previsionales bajo el C.U.I.T Nro _____

SEPTIMA: 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 la cláusula décima tercera del convenio celebrado entre LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA y

las Entidades Representativas de las Farmacias y lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones particulares del INSSJP (aprobado por Resolución 529/04).

Del mismo modo las partes aceptan en forma expresa la jurisdicción y competencia de los Tribunales Ordinarios de la Capital Federal, con renuncia a cualquier otro fuero o jurisdicción. A tales efectos, los domicilios se constituyen en Montevideo 496 7° Piso, Capital por parte de la FACAF y en _____ por parte Adherente, debiendo notificarle a LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA en el domicilio que oportunamente comunique.

OCTAVA: Declaro bajo juramento que tanto el suscripto, como la farmacia _____, como su Director Técnico, Farmacéutico _____, matrícula N° _____, no han sido suspendidos, ni excluidos, ni objeto de sanción alguna por parte del INSSJP por la que solicito el alta de la farmacia para el 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 citado 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 FARMACÉUTICA, ni contra la FACAF.

NOVENA: Que asimismo acepto el derecho de veto de mi inclusión y solicitud de exclusión por parte del INSSJP y/o de LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA, como también la potestad disciplinaria del citado Instituto y de todas aquellas instancias emergentes del contrato suscripto con LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA.

a) Expresamente presto conformidad para que en el supuesto de cualquier dato falso o erróneamente malicioso, incluido en la presente solicitud, en cualquier documentación o información que deba suministrar o sea requerida, constituya causa suficiente para la pérdida de mi condición de ADHERENTE al presente Convenio.

Constituyo domicilio legal en Farmacia _____
Calle _____, N° _____, Localidad _____,
C.P. _____, Provincia de _____, donde serán válidas todas las notificaciones e intimaciones que se me cursen.

De conformidad, previa lectura y ratificación firmo la presente adhesión voluntaria, y doy carácter de formal recibo al presente respecto de las copias de los contratos y pliegos (con sus anexos) citados en el presente escrito cuyos ejemplares me fueran entregados, así como las normas e instrucciones relativas a dichos contratos y pliegos, en Buenos Aires, a los _____ días del mes de _____ año _____.

Sello de la Farmacia

Firma, Aclaración

Asimismo se establece, y el profesional reconoce, que las sanciones que se apliquen 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 el/la Farmacéutico/a _____
DNI _____ Matricula Profesional N° _____ con domicilio
en _____ en su carácter de Director Técnico, presta su
consentimiento expreso con lo expresado a través de la presente.

Firma, Aclaración del Director Técnico

CERTIFICACION DE LA CAMARA DE FARMACIAS de la Provincia de CORDOBA

(Para ser utilizado por personal de la Camara de Farmacias de la Provincia de Córdoba)

Por la presente, el que suscribe Sr. _____ DNI _____, en su
carácter de Presidente de la Cámara de FARMACIAS de la Provincia de Córdoba y/o
Sr. _____, DNI _____, en mi carácter de Gerente
Apoderado de la Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba, acredita que conforme a los
registros obrantes en esta Institución, el
Sr. _____ es el
representante legal de la FARMACIA _____ y los
datos consignados en el presente documento son coincidentes con los obrantes en nuestros registros.

Lugar y fecha de emisión: _____

Firma y Sello de la Institución

ADHESIÓN PAMI - ONCOLOGICA

Sres.: FEDERACION ARGENTINA DE CAMARAS DE FARMACIAS.

Por medio de la presente el que suscribe. _____
DNI o CI Nro _____ en su carácter de UNICO PROPIETARIO, SOCIO COMANDITADO,
SOCIO GERENTE, PRESIDENTE, REPRESENTANTE LEGAL (tachar lo que no corresponda) de farmacia, _____
_____ con domicilio en: _____
de la Localidad de: _____ de la Provincia: _____
Código Postal: _____ con CUIT N° _____ declara:

PRIMERA: Que he tomado conocimiento detenido y circunstanciado del PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES PARTICULARES Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS (en adelante el Pliego) y del PLIEGO ÚNICO DE BASES Y CONDICIONES GENERALES (en adelante el Pliego General) del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES para JUBILIADOS y PENSIONADOS (INSSJP/PAMI) referido a la CONTRATACION DEL SERVICIO DE PROVISION DE ESPECIALIDADES **ONCOLOGICAS** (Renglón 2 del citado Pliego) A LOS AFILIADOS DEL INSSJyP , (LICITACION PUBLICA N° 18, aprobada por Resolución 529/04 del INSSJP) como así también del convenio celebrado entre LA INDUSTRIA FARMACEUTICA (representada por la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos –CILFA-, la Cámara Empresaria de Laboratorios Farmacéuticos –COOPERALA- y la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales –CAEMe- y Laboratorios Asociados; en adelante cuando se refiera a LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA se tratará de las entidades mencionadas en este paréntesis) y las entidades representativas de la DISPENSACION, Confederación Farmacéutica Argentina (COFA), Federación Argentina de Cámaras de Farmacias (FACAF) y Asociación de Farmacias Mutuales y Sindicales de la República Argentina (AFMySRA) para la provisión de medicamentos a los afiliados del INSSJyP (en caso de que la INDUSTRIA resulte ser la adjudicataria del citado proceso licitatorio).

Que he tomado conocimiento que la INDUSTRIA FARMACÉUTICA (CILFA, COOPERALA, CAEMe y Laboratorios Asociados) ha presentado una oferta en el proceso licitatorio referido precedentemente. Que sabiendo todo ello, expreso lo siguiente:

- a) Que acepto y daré cumplimiento de conformidad a todas y cada una de las cláusulas previstas en el Pliego y el Pliego General, así como en el contrato que firme la INDUSTRIA FARMACÉUTICA en caso de resultar adjudicataria del proceso licitatorio referido, asumiendo el carácter de ADHERENTE (en adelante se referirá a la farmacia firmante como ADHERENTE).
- b) Que asimismo, solicito ser incorporado a la nómina de efectores de la red prestacional de las entidades representativas de la DISPENSACIÓN, para atender la provisión de medicamentos a los afiliados del INSSJyP.
- c) Asumo la plena y absoluta responsabilidad civil, patrimonial y penal por el estricto cumplimiento de las leyes, reglamentos y disposiciones que regulan la actividad que me comprometo a realizar en mi farmacia, liberando en tal sentido a la INDUSTRIA FARMACÉUTICA, la **FACAF** y a LA CÁMARA (cada vez que aparezca la expresión LA CÁMARA debe entenderse como la Cámara local que corresponde a la farmacia del caso de cualquier reclamo emergente de mi incumplimiento. Asimismo, me

comprometo a aceptar e implementar todas las directivas y/o cambios en la prestación, que determinen el INSSJP, la INDUSTRIA FARMACÉUTICA y la **FACAF** a través de la CÁMARA de FARMACIAS de la Provincia de CORDOBA y que me sean comunicados en forma oportuna y fehaciente por las Instituciones que me representan.

d) QUE ESTA ADHESIÓN ES POR EL TIEMPO DE VIGENCIA CONTRACTUAL ACORDADO POR LA INDUSTRIA CON EL INSSJP, LA PRÓRROGA QUE PUDIERE DERIVARSE Y HASTA LA EXTINCIÓN TOTAL DE LAS OBLIGACIONES EMERGENTES DE LA CONTRATACIÓN, LIMITANDO MIS DERECHOS RESCISORIOS Estrictamente a las situaciones, modalidades y plazos, previstos en el pliego aprobado por Resolución 529/04 del INSSJP.

SEGUNDA: LA CÁMARA de FARMACIAS de la Provincia de CORDOBA y la **FACAF** actuarán como MANDATARIAS EXCLUSIVAS de mi Farmacia, cada una en el ámbito de su actuación, ante la INDUSTRIA FARMACÉUTICA, ante el INSSJP y frente a terceros, a todos los efectos legales de los contratos referidos en el primer párrafo de la cláusula primera. Específicamente competirá a la **FACAF**:

a) Actuar como intermediario en las directivas entre LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA, EL INSSJP y EL ADHERENTE.

b) Realizar ante LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA y/o el INSSJP todas las gestiones que fueran necesarias para realizar la liquidación quincenal y el cobro de los suministros efectuados por el ADHERENTE, no asumiendo la **FACAF** ninguna responsabilidad frente a mi Farmacia por la falta de pago y/o demoras, débitos y diferencias que puedan surgir entre el INSSJP, LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA y el ADHERENTE.

c) Abonar a la CÁMARA arriba indicada, dentro de los tres días hábiles de acreditados los cheques librados por LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA, la suma correspondiente a la liquidación quincenal del servicio farmacéutico prestado. La CÁMARA arreglará con sus respectivos asociados la fecha de pago.

d) Supervisar y auditar por sí o por terceros debidamente autorizados 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 entre LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA y el INSSJyP, (a través de la Licitación Pública Nº 18 del citado Instituto, aprobada por la Resolución 529/04).

TERCERA: Que como ADHERENTE asumo además de las obligaciones que surgen del Pliego, Pliego General, el contrato que eventualmente se firme entre la INDUSTRIA FARMACÉUTICA y el INSSJP y el convenio firmado entre LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA y la DISPENSACIÓN, los siguientes compromisos:

a) Presentar de mi farmacia, toda la documentación respaldatoria de cada prestación, la/s recetas debidamente completadas por parte del afiliado contra la entrega del medicamento con sus correspondientes troqueles, y/o cualquier otro requisito que se indique, conforme a las pautas establecidas en todos los convenios citados en el encabezado de esta cláusula, así como toda otra regulación que emita el INSSJP.

- b)** Como Adherente asumo la plena responsabilidad profesional que me corresponde en la atención del beneficiario, derivada de los propios actos de mis dependientes o de las personas o terceros de que me sirva, como asimismo DECLARO CONOCER Y ACEPTAR el régimen de sanciones previsto en el Anexo IV del pliego licitatorio y las normas administrativas emanadas del INSSJP, asimismo de garantizar la entrega del medicamento al afiliado en perfectas condiciones de uso, cumpliendo con todas las reglas de la profesión y especialmente la obligación de mantener la cadena de frío.
- c)** Denunciar ante la CÁMARA de FARMACIAS de la Provincia de CORDOBA y ante la **FACAF**, cualquier irregularidad que pudieren cometer los afiliados del INSSJP.
- d)** Comunicar a la CÁMARA de FARMACIAS de la Provincia de CORDOBA y a la **FACAF**, toda modificación de los datos personales o societarios y/o de la cesión total y parcial del mi farmacia, dentro de los CINCO (5) días hábiles de producidas las citadas modificaciones.
- e)** Adherir o incorporar a mi farmacia al sistema de validación on-line que **FACAF** determine a efectos de dar cumplimiento en tiempo y forma con el Artículo 3 inciso L, del Pliego de Licitación pública N° 18 aprobada por Resolución 529/04 del INSSJyP.

CUARTA: El ADHERENTE asume plena responsabilidad frente a la **FACAF**, al INSSJP y a LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA, en caso de que efectúe o continúe efectuando sus prestaciones a pesar de haber merecido alguna suspensión e inhabilitación del INSSJP. En tales situaciones, si el INSSJP y/o LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA retuvieren o no pagaren las prestaciones, el ADHERENTE carecerá de derecho para reclamar a **FACAF** tales reintegros.

QUINTA: El ADHERENTE acepta la potestad de contralor del INSSJP, de LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA y de la FACAF, por sí o por intermedio de terceros debidamente autorizados, 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 de hasta PESOS UN MIL (\$1.000), suspensión y rescisión contractual. En caso de verificarse incumplimientos o infracciones graves, a pedido del INSSJP, LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA y/o la FACAF, podrá rescindirse directamente el presente convenio sin derecho del ADHERENTE a reclamar indemnización de ninguna especie. 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.

SEXTA: El ADHERENTE declara bajo juramento que se encuentra inscripto/a a título personal- la sociedad que representa (táchese lo que no corresponda), para el cumplimiento de las obligaciones impositivas y previsionales bajo el C.U.I.T Nro _____

SEPTIMA: 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 la cláusula décima tercera del convenio celebrado entre LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA y las Entidades Representativas de las Farmacias y lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones particulares del INSSJP (aprobado por Resolución 529/04).

Del mismo modo las partes aceptan en forma expresa la jurisdicción y competencia de los Tribunales Ordinarios de la Capital Federal, con renuncia a cualquier otro fuero o jurisdicción. A tales efectos, los domicilios se constituyen en Montevideo 496 7° Piso, Capital por parte de la FACAF y en _____ por parte Adherente, debiendo notificarle a LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA en el domicilio que oportunamente comunique.

OCTAVA: Declaro bajo juramento que tanto el suscripto, como la farmacia _____, como su Director Técnico, Farmacéutico _____, matrícula N° _____, no han sido suspendidos, ni excluidos, ni objeto de sanción alguna por parte del INSSJP por la que solicito el alta de la farmacia para el 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 citado 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 FARMACÉUTICA, ni contra la FACAF.

NOVENA: Que asimismo acepto el derecho de veto de mi inclusión y solicitud de exclusión por parte del INSSJP y/o de LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA, como también la potestad disciplinaria del citado Instituto y de todas aquellas instancias emergentes del contrato suscripto con LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA.

a) Expresamente presto conformidad para que en el supuesto de cualquier dato falso o erróneamente malicioso, incluido en la presente solicitud, en cualquier documentación o información que deba suministrar o sea requerida, constituya causa suficiente para la pérdida de mi condición de ADHERENTE al presente Convenio.

Constituyo domicilio legal en Farmacia _____
Calle _____, N° _____, Localidad _____,
C.P. _____, Provincia de _____, donde serán válidas todas las notificaciones e intimaciones que se me cursen.

De conformidad, previa lectura y ratificación firmo la presente adhesión voluntaria, y doy carácter de formal recibo al presente respecto de las copias de los contratos y pliegos (con sus anexos) citados en el presente escrito cuyos ejemplares me fueran entregados, así como las normas e instrucciones relativas a dichos contratos y pliegos, en Buenos Aires, a los _____ días del mes de _____ año _____.

Sello de la Farmacia

Firma, Aclaración

Asimismo se establece, y el profesional reconoce, que las sanciones que se apliquen 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 el/la Farmacéutico/a _____
DNI _____ Matricula Profesional N° _____ con domicilio en _____ en su carácter de Director Técnico, presta su consentimiento expreso con lo expresado a través de la presente.

Firma, Aclaración del Director Técnico

CERTIFICACION DE LA CAMARA DE FARMACIAS de la Provincia de CORDOBA

(Para ser utilizado por personal de la Camara de Farmacias de la Provincia de Córdoba)

Por la presente, el que suscribe Sr. _____, DNI _____ en su carácter de Presidente de la Cámara de FARMACIAS de la Provincia de Córdoba y/o el Sr _____, DNI _____, en su carácter de Gerente Apoderado de la Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba, acredita que conforme a los registros obrantes en esta Institución, el Sr. _____ es el representante legal de la FARMACIA _____ y los datos consignados en el presente documento son coincidentes con los obrantes en nuestros registros.

Lugar y fecha de emisión: _____

Firma y Sello de la Institución