

ADHESIÓN PAMI VACUNAS

Asumo como prestador los compromisos, pautas y condiciones generales expresadas en la presente solicitud voluntaria de adhesión a la Red de la Federación Argentina de Cámaras de Farmacias para el plan de **vacunación antigripal PAMI(AÑO)**, de aplicación gratuita a los beneficiarios del mencionado Instituto y declaro que he tomado conocimiento, prestando expresa conformidad respecto de la finalidad del mismo. Asimismo, me NOTIFICO Y PRESTO EXPRESA CONFORMIDAD respecto de las instrucciones y normas operativas que indique la Federación Argentina de Cámaras de Farmacias, en adelante FACAF, las que me obligo a cumplir expresamente.

Farmacéutico/a: _____

DNI/CI/LE/LC (Tachar lo que no corresponda): _____

Único propietario/socio gerente/socio comanditado (tachar lo que no corresponda)

Farmacia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ CP: _____

Provincia: _____

Teléfono: _____

CUIT: _____ Mail: _____

Código PAMI: _____

Cámara a la que está asociado/a: _____

Favor de completar todos los datos. En caso de quedar campos vacíos no se aceptará la adhesión de la farmacia.

COMO PRESTADOR ASUMO LOS SIGUIENTES COMPROMISOS EXPRESOS:

PRIMERO:

- a) Asumimos el compromiso de mantener la cadena de frío desde la recepción de las vacunas hasta su efectiva aplicación o devolución al término de la Campaña.
- b) Asumimos la responsabilidad profesional de garantizar la aplicación correcta de la vacuna antigripal a los beneficiarios del PAMI, como así también la notificación de los eventos adversos que surgieren en las condiciones que la FACAF determine.
- c) Con carácter previo a la aplicación de la vacuna, solicitar la correspondiente autorización on line, en las condiciones que la FACAF determine.
- d) Exigir al beneficiario la conformidad al servicio prestado para su posterior liquidación, en las condiciones que la FACAF determine.

- e) Asimismo tomamos conocimiento de que esta Farmacia percibirá un honorario profesional por cada aplicación de vacuna. Antes de la iniciación de la campaña se me informará el monto a percibir.

f) Presto conformidad a que la percepción del importe por aplicación de las vacunas sea efectuado a través de la FACAF.

SEGUNDO:

Acepto 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.

TERCERO:

Aceptamos la potestad de FACAF de verificar las prestaciones farmacéuticas materia del presente por sí o por intermedio de la CAMARA RESPECTIVA a efectos de realizar todo tipo de auditorías de los servicios prestados.

Serán considerados graves incumplimientos o infracciones de este PRESTADOR,

- Incumplimiento de la cadena de frío con las vacunas recibidas
- La aplicación y/o comercialización de las vacunas recibidas, a individuos que no sean beneficiarios del PAMI, como así también el cobro de importe alguno por cualquier concepto a los beneficiarios del PAMI.
- La falta de restitución del remanente de vacunas al término de la campaña en las condiciones que la FACAF determine.

Las conductas arriba indicadas son sólo enumerativas y no taxativas.

Asumimos plena responsabilidad administrativa, civil y/o penal del incumplimiento de las obligaciones aquí asumidas ante el PAMI, los beneficiarios y la FACAF.

De conformidad, firmo la presente adhesión en _____ a los ____ días del mes de _____ de año _____.

Firma: _____

Sello de la farmacia

Aclaración: _____

DNI Nº: _____ Tipo y Nº de Matrícula: _____