

APENDICE B

SEÑORES

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

PRESENTE

Me dirijo a Uds. En calidad de representante de la Farmacia.....,
Con el objeto de solicitar nuestra baja como Farmacia del Convenio de Dispensa de Medicamentos ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-FACAF a tal efecto:

- 1) Me obligo a mantener indemne INSSJP, y las demás Farmacias que forman parte del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FACAF, sus socios, funcionarios, directores, 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, perdidas, demandas, acciones, juicios, sumarios y ejecuciones (incluyendo, sin limitación, honorarios de abogados) derivados de, o con relación a cualquier incumplimiento de nuestras obligaciones y/o que nos sea jurídicamente imputable en el marco de nuestra participación en el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FACAF.
- 2) Acepto que la baja se hará efectiva en los plazos y condiciones dispuestos en el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FACAF

Sin otro particular saluda a Uds. muy atentamente

Firma:

Firma:

Apellido y Nombre:

Apellido y Nombre:

Camara/Entidad:

Farmacia: