

Buenos Aires,

Sres.

**OBRA SOCIAL DE EMPRESARIOS, PROFESIONALES  
Y MONOTRIBUTISTAS (OSDEPYM)**

[domicilio]

---

De mi consideración:

En mi carácter de representante legal de la Farmacia .....  
(en adelante denominado la "FARMACIA"), suscribo las presentes condiciones generales para la prestación del servicio de dispensa de medicamentos a los beneficiarios de la obra social OSDEPYM, sujeto a los siguientes términos y condiciones:

1. La FARMACIA se obliga a realizar la dispensa de medicamentos a favor de los beneficiarios de la obra social OSDEPYM dando estricto cumplimiento a la normativa aplicable y a las Normas Operativas de OSDEPYM que se adjuntan a la presente como ANEXO 1 y que la FARMACIA declara conocer y aceptar.
2. La FARMACIA declara que se encuentra debidamente habilitada por las autoridades de contralor competentes para la dispensa y el expendio de medicamentos. En concordancia con esto, deberá presentar al momento de presentar la presente nota: (a) Documentación que acredite la representatividad del firmante, (b) Habilitación de la Farmacia expedida por Salud Pública, (c) Título habilitante del Director Farmacéutico y (d) constancia de la Inscripción en AFIP e Ingresos Brutos.
3. El plazo de vigencia es de 3 (tres) años renovable automáticamente excepto que la FARMACIA o OSDEPYM manifiesten en forma expresa su voluntad en contrario con al menos 15 (quince) días de anticipación a la fecha del vencimiento. En cualquier momento, cualquiera de las partes podrá dar por terminado este acuerdo sin invocación de causa alguna, otorgando al efecto un preaviso de 15 (quince) días.
4. La FARMACIA se obliga a otorgar a OSDEPYM una bonificación que será igual al .....% (..... por ciento) sobre el PVP de los medicamentos que sean entregados a los beneficiarios de OSDEPYM, cumpliendo con lo estipulado en las Normas Operativas de OSDEPYM.
5. El presente acuerdo se considerará aceptado por OSDEPYM con el pago de la primera liquidación, que deberá ser llevado a cabo en conformidad con el Instructivo General de Farmacias que se adjunta a la presente como ANEXO 2. Para ello, la farmacia deberá informar CUIT, razón social, domicilio, teléfono, dirección de correo electrónico y datos de cuenta bancaria (CBU).
6. La FARMACIA declara que las personas que presten servicios a su favor (el "PERSONAL"), bajo cualquier carácter, y de forma directa y/o indirecta, no integran los cuadros del personal en relación de dependencia de OSDEPYM, asumiendo en forma directa, todas las obligaciones emergentes de la relación entre ella y el PERSONAL. La FARMACIA será la exclusiva responsable por las acciones u

omisiones de su PERSONAL, obligándose a proteger, indemnizar y mantener indemne a OSDEPYM, sus representantes, contratistas y empleados de cualquier reclamo.

7. Cualquier controversia que se suscite con relación al presente Acuerdo y sus Anexos, su existencia, validez, calificación, interpretación, alcance, cumplimiento o resolución, se resolverá definitivamente por los Tribunales Federales con asiento en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, renunciando expresamente a cualquier otro fuero o jurisdicción que pudiere corresponder.

Sin más, saludo a Usted atentamente.-

---

[nombre]

[DNI]

FARMACIA .....