**APÉNDICE A**

**Modelo de Solicitud de Incorporación de FARMACIA**

SEÑORES

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

PRESENTE

Me dirijo a Uds. en calidad de representante de la Farmacia “XXXX”, con el objeto de solicitar se acepte nuestra incorporación como Farmacia del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA). A tal efecto:

1. Acepto de plena conformidad el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA.
2. Acepto y asumo la plena responsabilidad que me corresponda en la atención del afiliado, derivada de los propios actos, de mis dependientes o de las personas o terceros de que me sirva, comprometiéndome a cumplir en un todo las normativas nacionales y provinciales que reglamenten el ejercicio profesional y la actividad farmacéutica.
3. Sin perjuicio de la plena conformidad brindada previamente, específicamente
   1. Me obligo a otorgar los descuentos que correspondan conforme al Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA, y a hacer las contribuciones necesarias para el funcionamiento y administración de dicho convenio.
   2. Acepto las normas y modalidades sobre auditoría, dispensación, liquidación y pago que se establecen en el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA y/o las acuerden en el futuro.
   3. Acepto las potestades del INSSJP definidas en el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-FEFARA.
4. Acepto y presto conformidad para que, ante el incumplimiento de nuestras obligaciones, el INSSJP:
5. Realice retenciones y/o débitos de los pagos que me correspondan frente a situaciones que generen débitos por incumplimientos y/o errores y/o cualquier situación que se establezca cuya consecuencia sea un debito; y/o
6. suspenda preventiva y/o disponga la baja de mi participación del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-FEFARA.
7. Me obligo a mantener indemne al INSSJP y las demás Farmacias que forman parte del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-FEFARA, 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, pérdidas, 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. La indemnidad acordada será cumplida y asegurada a primer requerimiento, por lo que también aceptamos toda retención y compensación que el INSSJP practique sobre los importes a pagarnos derivados del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA a los fines de asegurar la indemnidad acordada.
8. Acepto y presto conformidad que (agregar CAMARA y/o Entidad asociada) tiene mandato suficiente para negociar, renegociar y/o modificar y/o acordar la solución de controversias en mi representación en relación al Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA.

Sin otro particular saluda a Uds. muy atentamente.

Firma Firma

Apellido y Nombre Apellido y Nombre

propietario y/o representante legal: Director técnico farmacia

Sello de la Farmacia

Firma

Apellido y Nombre

Cámara y/o Entidad asociada (en caso de corresponder)

*CERTIFICO/AMOS que la/s firma/s que anteceden han sido puestas en mi/nuestra presencia y corresponden a .................................................................................................. (****Indicar nombre DNI y carácter que reviste****) a los .........días del mes de ............... de dos mil ................*

***(LA CERTIFICACION PODRA SER DE ESCRIBANO O JUEZ DE PAZ).***

Documentación que deberá presentarse:

* Formulario 1 -Planilla de datos para alta de Farmacia
* Formulario 2 - Declaración Jurada sobre sanciones
* Formulario 3 - Planilla de asignación de droguería para recibir sus notas de recuperación de descuentos y autorizaciones de pago con firma de conformidad de la droguería a la que destinará las notas.
* Certificado de habilitación de Farmacia (correspondiente según jurisdicción).
* Copia Constancia AFIP Inscripción de CUIT
* Nota del Colegio o Cámara avalando los datos incluidos en la documentación.
* En el caso de que se trate de una transferencia de propiedad, copia del boleto de Compra/Venta.