**APÉNDICE B**

**Modelo de Solicitud de BAJA y/o MODIFICACION de FARMACIA**

SEÑORES

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

PRESENTE

Me dirijo a Ud. en calidad de representante de la Farmacia “XXXX”, con el objeto de solicitar nuestra baja y/o modificación como Farmacia del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA. A tal efecto:

1. 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 en el marco de nuestra participación en el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FEFARA.
2. Acepto que la baja y/o modificación se hará efectiva en los plazos y condiciones dispuestos en el 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

*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).***

Firma

Apellido y Nombre

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