

El que suscribe Don / Doña ....., DNI Nro. ...., en su carácter de Único Propietario, Socio Gerente, Socio Comanditado, Presidente, Apoderado (tachar lo que no corresponda) de la farmacia denominada ....., CUIT: \_\_\_\_\_ CUF \_\_\_\_\_ GTIM \_\_\_\_\_, sita en ....., de la ciudad de ....., asociado a la CÁMARA DE FARMACIAS de ....., con domicilio en....., por el presente declara que ha tomado debido conocimiento del contrato celebrado entre el INSSJP y la FEDERACION ARGENTINA DE CAMARAS DE FARMACIAS con fecha 17-10-2018, para la dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes a los afiliados del INSSJP cuyos textos, contenidos, anexos y especificidades me fueran entregados en copia, que declaro haber recibido previo a la firma de la presente adhesión. Del mismo modo me NOTIFICO y PRESTO CONFORMIDAD respecto de las instrucciones y normas operativas que emanen del ADMINISTRADOR DEL CONVENIO y de la FACAF. Que asimismo acepto y daré cumplimiento de conformidad a todas y cada una de las cláusulas previstas en los referidos contratos.

Que en tales circunstancias adhiero voluntariamente a través de mi mandatario al contrato prestacional arriba citado asumiendo el carácter de ADHERENTE y manifiesto expresamente que:

**PRIMERO.** Esta FARMACIA asume la plena y absoluta responsabilidad civil, patrimonial y penal, por el estricto cumplimiento de las leyes, reglamentos y disposiciones que regulan la actividad que se compromete a realizar, liberando en tal sentido al ADMINISTRADOR, LA FACAF y a LA CÁMARA DE ..... de cualquier reclamo emergentes de nuestros incumplimientos. Asimismo, nos comprometemos a aceptar e implementar todas las directivas y cambios en la prestación, que determinen el INSSJP - LA ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO y LA FACAF a través de la CÁMARA DE FARMACIAS de.....

**SEGUNDO.** Los plazos y modalidades, de vigencia, prórroga y rescisión, serán idénticos a los contenidos en los contratos suscriptos por el INSSJP-FACAF.

**TERCERO.** LA FEDERACIÓN ARGENTINA DE CÁMARAS DE FARMACIA actuará como MANDATARIA EXCLUSIVA de nuestra Farmacia, ante la ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO PAMI y frente a terceros, a todos los efectos legales de los referidos contratos. Específicamente competirá a la FACAF:

a) Actuar como intermediario en las directivas entre la ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO - INSSJP y EL ADHERENTE.

b) Realizar ante la ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO - EL INSSJP todas las gestiones que fuera menester para la liquidación y cobro de las prestaciones efectuados por el ADHERENTE, no asumiendo la FACAF ninguna responsabilidad frente a la misma por la falta de pago y/o demoras y diferencias que puedan surgir entre el INSSJP - LA ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO y el ADHERENTE.

c) Abonar a la CÁMARA y/o al adherente y/o a quien indique por medio de orden y simple de pago las sumas liquidadas por la ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO correspondiente a las prestaciones farmacéuticas realizadas de acuerdo al anexo 1, que se adjunta.

Dicho pago se efectuará dentro de las 72 hs de acreditados los importes en las cuentas de FACAF librados por la ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO.

d) Supervisar y auditar por sí o por terceros debidamente autorizados la prestación del servicio por parte del ADHERENTE y disponer la organización administrativa que sea más eficaz a los fines del cumplimiento del contrato suscripto con el INSSJP con fecha 17/10/18.

e) Ante la autorización expresa del adherente informará a quien este indique los montos facturados por liquidación cerrada y puesta al cobro por ante el PAMI, por plan o programa de dispensación.

**CUARTO.** EL ADHERENTE ASUME ADEMÁS DE LOS PREVISTOS EN EL CONTRATO, LOS SIGUIENTES COMPROMISOS EXPRESOS:

a) Requerir la entrega de la receta debidamente completada por parte del afiliado contra la entrega del medicamento, conforme las pautas establecidas en cada contrato y sus anexos.

b) El ADHERENTE asume la responsabilidad profesional de garantizar la entrega del medicamento al afiliado en perfectas condiciones, así mismo asume las responsabilidades derivada de los propios actos, de los dependientes o de las personas o terceros de que se sirva, comprometiéndose a cumplir en un todo las normativas nacionales y provinciales que reglamente el ejercicio profesional y la actividad farmacéutica.

c) Someterse y aceptar las resoluciones que adopte en materia disciplinaria y económica los órganos establecidos en el convenio.

d) Denunciar ante la CÁMARA DE FARMACIAS DE ..... y ante la FACAF, cualquier irregularidad que pudieren cometer los afiliados del INSSJP.

e) Comunicar a la CÁMARA DE FARMACIAS DE ..... y a la FACAF toda modificación de los datos personales o societarios y/o de la cesión total y parcial del establecimiento dentro de los plazos legales de producidas las citadas modificaciones y de acuerdo a lo establecido para altas, bajas, modificaciones.

f) El ADHERENTE reconoce como compensación a su CÁMARA por gastos administrativos por la prestación del convenio, el ..... POR CIENTO de los montos correspondientes a la liquidación presentada al cobro

por ante la ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO. De dicho porcentaje la CÁMARA, reintegrará a la FACAF por los gastos administrativos en que la Federación incurre del (0,15%) de los montos correspondientes a cada liquidación presentada al cobro por ante la ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO.

g) En caso de baja voluntaria la adherente se obliga a notificar tal decisión con una antelación de 90 días tanto a la FACAF como al ADMINISTRADOR DEL CONVENIO.

h) El ADHERENTE asume plena responsabilidad frente a la FACAF, al INSSJP - ADMINISTRADOR DEL CONVENIO, en caso de que efectúe o continúe efectuando sus prestaciones a pesar de haber merecido alguna suspensión e inhabilitación del INSSJP. En tales situaciones, si el INSSJP retuviera o no pagara las prestaciones, el ADHERENTE carecerá de derecho para reclamar a la FACAF tales reintegros.

i) 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- FACAF, 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 Diabetes PAMI- FACAF y/o las que acuerden en el futuro.

3-Acepto las potestades del INSSJP definidas en el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FACAF.

4-Me comprometo a enviar mis transacciones a través de la herramienta puesta a disposición por FACAF para captura, transporte y guarda de las validaciones; y a proceder a cerrar mis presentaciones en las fechas establecidas por el INSSJP ADMINISTRADOR - FACAF para cada quincena.

**QUINTO.** El adherente se obliga a mantener indemne al INSSJP y las demás Farmacias que forman parte del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- FACAF, sus socios, funcionarios, 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 judiciales, sumarios, y ejecuciones (incluyendo, sin limitación, honorarios de abogados) derivados de, o con relación a cualquier incumplimiento de nuestras obligaciones y/o que no 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- FACAF a los fines de asegurar la indemnidad acordada.

**SEXTO.** El ADHERENTE acepta la potestad de contralor de la ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO y de la FACAF, por si o por intermedio de terceros debidamente autorizados, tanto para realizar auditorías de los servicios prestados cuanto para aplicar penalidades por los incumplimientos o infracciones que se determinen, cuando así se requiera en los respectivos contratos. Las sanciones serán adoptadas previo ejercicio del derecho de defensa, siguiendo el principio de gradualidad y podrán ser de apercibimiento, multa, suspensión y rescisión contractual. En caso de verificarse incumplimientos o infracciones graves, a pedido del ADMINISTRADOR DEL CONVENIO, podrá rescindirse directamente el presente convenio sin derecho del ADHERENTE a reclamar indemnización de ninguna especie. Expresamente declaro conocer y aceptar como condición esencial para poder adherir al Convenio que la suspensión preventiva o cancelación de la condición de adherente, que pudiere decretar el INSSJP, en modo alguno y bajo ningún concepto, condición o circunstancia, puede ser causa de reclamo y/o indemnización y/o de acción judicial y/o de reincorporación al Convenio y/o de cualquier otra índole contra FACAF, y/o sus CAMARAS asociadas. Queda perfectamente aclarado que los débitos por diferencias de precios, deficiencias en la provisión según normas del INSSJP y/o cualquier causa justificada determinada por esta, serán soportados exclusivamente por el ADHERENTE.

**SEPTIMO.** El ADHERENTE declara bajo juramento que se encuentra inscripto/a título personal- la sociedad que representa (táchese lo que no corresponda), para el cumplimiento de las obligaciones impositivas y previsionales bajo el C.U.I.T Nro. ....Declaro conocer y acepto que cualquier dato falso o erróneo incluido en la presente, en cualquier documentación o información que deba suministrar o sea requerido, será causa suficiente para la pérdida de mi condición de adherente al Convenio. Así mismo DECLARA BAJO JURAMENTO que tanto el suscripto, como la farmacia, como su Director Técnico, Farmacéutico, no han iniciado acciones administrativas, extrajudiciales, mediaciones o judiciales contra la Cámara de farmacias de \_\_\_\_\_, la FACAF y el INSSJP por el motivo que fuere ya sea nacido de este convenio o cualquier otro que los vinculare. Así mismo se comprometo a no iniciar acciones sin denunciar el presente convenio y mantener indemnes las demás partes no denunciadas. Consecuentemente asume la plena y total responsabilidad por los términos de la presente Declaración quedando expresamente establecido que en el hipotético supuesto de constatarse que el suscripto y/o Farmacia y/o Director Técnico hubieran mantenido reclamos serán inmediatamente dados de baja del convenio.

**OCTAVO.** Para el caso de divergencias o controversias sobre los efectos, alcances o ejecución de las prestaciones del convenio, ACEPTAMOS EXPRESAMENTE la decisión que adopte la COMISIÓN prevista en el Convenio suscripto entre el INSSJP y FACAF. Del mismo modo se acepta expresamente la jurisdicción y competencia de los Tribunales Ordinarios de la Capital Federal, con renuncia a cualquier otro fuero o jurisdicción, conforme lo previsto. A tales efectos, los domicilios se constituyen en. \_\_\_\_\_ , por parte de la

FACAF, en \_\_\_\_\_ por parte de la cámara y en ..... por parte Adherente, debiendo notificarse al ADMINISTRADOR DEL CONVENIO en el domicilio que oportunamente comunique.  
De conformidad, previa lectura y ratificación firma la presente adhesión voluntaria, y doy carácter de formal recibo al presente respecto de las copias de los contratos anexos cuyos ejemplares me fueran entregados, así como las normas e instrucciones relativas a cada contrato, en \_\_\_-\_\_\_\_\_, a los ..... días del mes de ..... de 20.....

.....

Firma certificada por autoridad Notarial o Bancaria o Policial o por Juez de Paz

CERTIFICACIÓN DE LA CÁMARA DE FARMACIAS DE .....

Por la presente, en mi carácter de Presidente de la Cámara de Farmacias de .....,  
manifiesto que el arriba firmante es titular/socio ..... de nuestra Asociada Farmacia  
..... con domicilio en .....

Ante ello y las normas contractuales emergentes de los Convenios firmados entre el INSSJP-FACAF con  
fecha 17-10-2018 se han recibido dos ejemplares de la presente adhesión, uno de los cuales queda archivado  
en esta Cámara y el otro se remite a sus efectos a la FACAF.