

## **CONSOLIDAR SALUD**

### **ANEXO I- DATOS DE LA FARMACIA**

#### *1.1.1 Datos de la Farmacia*

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de Fantasía \_\_\_\_\_

Beneficiario del cheque (sólo en caso de Cámaras, colegios, etc:)  
\_\_\_\_\_

Razón Social \_\_\_\_\_

Dirección (calle): \_\_\_\_\_ N°  
\_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Socios o Titulares y su tipo y número de documento

\_\_\_\_\_ Doc. Tipo \_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Doc. Tipo \_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Doc. Tipo \_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Doc. Tipo \_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Director Técnico y número de matrícula.

\_\_\_\_\_ N° Matrícula \_\_\_\_\_

Fotocopia de Inscripción (CUIT)

N° de CUIT [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] - [ ][ ]

Condición ante el IVA : \_\_\_\_\_

Número de Ingresos Brutos N° \_\_\_\_\_

Droguería a favor de la cual se emitirá la nota de crédito \_\_\_\_\_

Código de la Droguería a favor de la cual se emitirá la nota de crédito \_\_\_\_

Código Farmalink (en caso de poseer) \_\_\_\_\_

Declaramos y garantizamos solidariamente que los datos enunciados son correctos y que es auténtica y verdadera la documentación adjunta, asumiendo toda responsabilidad por el supuesto de omisión o falsedad de la información dada.

**Se deberán adjuntar copias de Ingresos Brutos, CUIT y condición ante el IVA.**

En el caso de suscribir el contrato apoderados: copia autenticada del poder que quedará en ----- Referencia de Poder

\_\_\_\_\_

## **ANEXO II- HORARIOS DE ATENCIÓN DE LA FARMACIA**

---

La Farmacia prestara los servicios a que hace referencia este contrato en los siguientes días y horarios:

Lunes a Viernes de \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ horas

Sábados de \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ horas

Domingos de \_\_\_\_ a \_\_\_\_ horas

Ferriados de \_\_\_\_ a \_\_\_\_ horas

La Farmacia declara que SI | NO (tachar lo que NO corresponda) cumple con el turno número \_\_\_\_ asignado por la legislación vigente

En caso de NO cumplir con este turno se adjunta la documentación que acredita la excepción.

SELLO FCIA

FIRMA Y ACLARACION

## -Guía de evaluación de Farmacia -

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre de la farmacia: .....  
 Domicilio ..... Loc ..... Provincia .....  
 Teléfono ..... FAX ..... MAIL .....  
 Código Farmalink ..... CUFE N° .....

| Cuestionario   |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| 1. ¿Cuenta la farmacia con un farmacéutico a Cargo?                    | Si <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Cuenta con habilitación del Ministerio de Salud?                   | Si <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Cuenta con sistema de validación on line?                          | Si <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Preparan recetas magistrales?                                      | Si <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Dispensa listas de estupefacientes?                                | Si <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Cuenta con gabinete de aplicación de inyectables?                  | Si <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Cuenta con vacunatorio?  | Si <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Puede entregar medicación anticonceptivos, PMI y Res. 310 al 100%? | Si <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Opera con tarjetas de crédito y/o débito?                          | Si <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Cuentan con servicio de entrega a domicilio?                      | Si <input type="checkbox"/><br>c/cargo <input type="checkbox"/><br>s/cargo <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Prestan actualmente servicio al INSSJP (PAMI)?                    | Si <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Prestan actualmente servicio a otros prepagos?                    | Si <input type="checkbox"/>   | NO <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Cuál es la antigüedad de la farmacia?                             | ..... / ..... / .....   |                             |
| 14. Días y Horario de atención   | L a V. .... 24 Hs. ....<br>Sab..... Dom.....  |                             |
| 15. Especificar la forma de garantizar cadena de frío                  | .....   |                             |

Yo, ..... manifiesto, como declaración Jurada, que  
 (nombre y Apellido)  
 los datos arriba consignados son reales y están vigentes a la fecha.

..... Lugar y fecha, ..  
 (Firma)

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25 326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales