

CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRI PAL INSSJyP 2010 PLANILLA DE ADHESION

El que suscribe Farmacéutico/a
D.N.I./C.I./L.E./L.C. N° en mi carácter de único propietario,
socio gerente, socio comanditado (tachar lo que no corresponda), de la farmacia
denominada, en adelante EL PRESTADOR sita en
.....N°..... de la ciudad de,
provincia de, con código de prestador del Instituto Nacional
de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (en adelante, PAMI)
N° asumo los compromisos, pautas y condiciones
generales expresadas en la presente solicitud voluntaria de adhesión a la
Red de la Confederación Farmacéutica Argentina para el plan de vacunación
antigripal PAMI
2010, de aplicación gratuita a los beneficiarios del mencionado Instituto y declaro
que he tomado debido conocimiento, prestando expresa conformidad respecto de la
finalidad del mismo. Asimismo me NOTIFICO y PRESTO EXPRESA
CONFORMIDAD respecto de las instrucciones y normas operativas que indique la
Confederación Farmacéutica Argentina, en adelante COFA, las que me obligo a
cumplir expresamente.

PRIMERO: Como *PRESTADOR ASUMO LOS SIGUIENTES COMPROMISOS EXPRESOS:*

- a) Asumimos el compromiso de mantener la cadena de frío desde la recepción de las vacunas hasta su efectiva aplicación o devolución al término de la Campaña.
- b) Asumimos la responsabilidad profesional de garantizar la aplicación correcta de la vacuna antigripal a los beneficiarios del PAMI, como así también la notificación de los eventos adversos que surgieren en las condiciones que la COFA determine.
- c) Con carácter previo a la aplicación de la vacuna, solicitar la correspondiente autorización on line, en las condiciones que la COFA determine.
- d) Exigir al beneficiario la conformidad al servicio prestado para su posterior liquidación, en las condiciones que la COFA determine.
- e) Asimismo tomamos conocimiento de que esta Farmacia percibirá un honorario profesional por cada aplicación de vacuna.
- f) Presto conformidad a que la percepción del importe por aplicación de las vacunas sea efectuado a través de la COFA dentro de los quince (15) días posteriores al pago del PAMI.

SEGUNDO: Acepto que la consignación de cualquier dato falso o erróneo en la presente documentación o en cualquier otra, así como en toda la información que deba suministrar, será causa suficiente para la pérdida de mi condición de PRESTADOR, la que será notificada a solicitud de cualquiera de los integrantes del sistema.

TERCERO: Aceptamos la potestad de COFA de verificar las prestaciones farmacéuticas materia del presente a efectos de realizar todo tipo de auditorias de los servicios prestados.

Serán considerados graves incumplimientos o infracciones de este PRESTADOR,

Incumplimiento de la cadena de frío con las vacunas recibidas.

La aplicación y/o comercialización de las vacunas recibidas, a individuos que no sean beneficiarios del PAMI, como así también el cobro de importe alguno por cualquier concepto a los beneficiarios del PAMI.

La falta de restitución de las vacunas sobrantes al término de la campaña en las condiciones que la COFA determine.

Las conductas arriba indicadas son solo enumerativas y no taxativas.

Asumimos plena responsabilidad administrativa, civil y/o penal del incumplimiento de las obligaciones aquí asumidas ante el PAMI, los beneficiarios y COFA.

De conformidad, firmo la presente adhesión en..... a los días del mes de de 2010.

Firma

Sello de la farmacia

Aclaración:

DNI:

Tipo y N° Matrícula:

Datos de la Cuenta Bancaria

Banco:..... Tipo y Número de Cuenta

Titular:

CBU: