

CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRI PAL INSSJyP

PLANILLA DE ADHESION

El que suscribe Señor:
D.N.I./C.I./L.E./L.C. N° en mi carácter de Administrador,
de la farmacia denominada, en adelante EL
PRESTADOR sita enN°..... de la ciudad de
....., provincia de, con código de prestador
del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
(en adelante, PAMI) asumo los compromisos, pautas y
condiciones generales expresadas en la presente solicitud voluntaria de
adhesión a la Red de la Asociación de Farmacias Mutuales y Sindicales de
la R. A. para el plan de vacunación antigripal PAMI , 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 Asociación de Farmacias Mutuales y Sindicales R. A., en
adelante AFMSRA, 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 AFMSRA determine.
- c) Con carácter previo a la aplicación de la vacuna, solicitar la correspondiente autorización on line, en las condiciones que la AFMSRA determine.
- d) Exigir al beneficiario la conformidad al servicio prestado para su posterior liquidación, en las condiciones que la AFMSRA determine.
- e) Presto conformidad a que la percepción del importe por aplicación de las vacunas sea efectuado a través de la AFMSRA 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 AFMSRA de verificar las prestaciones farmacéuticas materia del presente por sí o por intermedio de la AFMSRA 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 AFMSRA 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 AFMSRA.

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

Firma Administrador

Sello de la farmacia

Aclaración:

DNI: