

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)
..... 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 por sí o por intermedio del COLEGIO o CÍRCULO RESPECTIVO 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:

Entregar esta Adhesión completada al Colegió o Círculo de su jurisdicción.