



ADHESION AL CONVENIO "MEDICAMENTOS DE PRIMER NIVEL"

En mi carácter de DIRECTOR/A TÉCNICO/A de la farmacia
_____ sita en la calle _____

de la localidad de _____ provincia de _____
expreso mi voluntad de adherir al Convenio "Medicamentos de Primer
Nivel", declarando mi aceptación de las Normas de Atención de las que
he tomado conocimiento.

La bonificación de la farmacia al convenio es de ____ %

Las condiciones de pago a la farmacia del porcentaje a cargo de la
Entidad menos la bonificación de la farmacia, será en su totalidad en
notas de crédito emitidas semanalmente.

La farmacia realizará cierres online semanales y cierres de presentación
mensuales. El cierre mensual generará el envío de recetas a su entidad
farmacéutica según cronograma que esta informe.

La validación se realizará a través de la herramienta de concentración
ValidaCOFA y las presentaciones a través del Colegio Farmacéutico.

Instruyo para que las notas de crédito emitidas por Farmalink como pago
de las prestaciones brindadas, sean dirigidas a

Droguería _____ Sucursal _____

Nombre y Apellido Farmacéutico/a _____

Matrícula _____

Sello de la Farmacia