

*Instituto Nacional de Servicios Sociales para  
Jubilados y Pensionados*

Formulario 1

**PLANILLA DE DATOS PARA ALTA/ MODIFICACION DE FARMACIA**

- Alta Nueva                       Cambio de Razón Social                       Cambio de Domicilio
- Cambio de Droguería                       Cambio de Dirección Técnica                       Cambio de Nombre de Fantasía
- Cambio de Agrupamiento

**DATOS:**

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_ Código PAMI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Código CUFE/GLN: \_\_\_\_\_

Razón Social ACTUAL/ALTA: \_\_\_\_\_ CUIT ALTA: \_\_\_\_\_

Tipo de Razón Social: \_\_\_\_\_

Miembros de la Sociedad:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

4. Nombre: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

5. Nombre: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

Razón Social BAJA: \_\_\_\_\_ CUIT BAJA: \_\_\_\_\_

Director/a Técnica ACTUAL/ALTA: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Director/a Técnica BAJA: \_\_\_\_\_ Matrícula BAJA: \_\_\_\_\_

**Domicilio de la Farmacia**

Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Partido o Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**Droguería:**

Código: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

**Agrupamiento:**

Código: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Sello Entidad

Sello Farmacia

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración Responsable de la Entidad

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración Responsable de la Farmacia

Formulario 2

DECLARACIÓN JURADA CONVENIO

El que suscribe \_\_\_\_\_ en su carácter de UNICO PROPIETARIO – REPRESENTANTE LEGAL (tachar lo que no corresponda) de la Farmacia \_\_\_\_\_ sita en la calle \_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_, de la localidad de \_\_\_\_\_, de la provincia de \_\_\_\_\_, deja constancia que habiendo solicitado la incorporación voluntaria de \_\_\_\_\_ (nombre o razón social de la farmacia) al CONVENIO \_\_\_\_\_ por Solicitud de Fecha \_\_\_\_\_, DECLARO BAJO JURAMENTO que tanto el suscripto, como la farmacia, como su Director Técnico, Farmacéutico \_\_\_\_\_, no han sido suspendidos, ni excluidos, ni objeto de sanción alguna por parte del INSSJP por la que solicito la inmediata habilitación de la oficina de farmacia al precitado convenio.

Consecuentemente asumo la plena y total responsabilidad por los términos de la presente Declaración quedando expresamente establecido que en el hipotético supuesto de constatarse que el suscripto y/o Farmacia y/o Director Técnico hubieran sido objeto de sanciones por parte del INSSJP, perderé el derecho al cobro de prestaciones farmacéuticos efectuadas en el marco de los convenios antes citados, no teniendo ningún tipo de reclamo que efectuar por ningún concepto contra el INSSJP, ni contra LA INDUSTRIA, ni contra las INSTITUCIONES REPERSENTATIVAS DE LAS FARMACIAS.

Constituyo domicilio legal en Farmacia \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_, Localidad \_\_\_\_\_, Código Postal \_\_\_\_\_, Provincia de \_\_\_\_\_, dónde serán válidas todas las notificaciones e intimaciones que se me cursen y me someto expresamente para cualquier actuación judicial que derive de la presente Declaración Jurada a la jurisdicción de los Tribunales Federales de la Ciudad de Buenos Aires.

Sello Entidad

Firma y aclaración  
Responsable de la entidad

## MODELO DE SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE FARMACIA

Señores Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

PRESENTE

El que suscribe \_\_\_\_\_ en su carácter de UNICO PROPIETARIO – REPRESENTANTE LEGAL (tachar lo que no corresponda), de la farmacia \_\_\_\_\_ sita en \_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ provincia de \_\_\_\_\_

solicita se acepte nuestra incorporación como Farmacia del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-COFA. A tal efecto:

Acepto de plena conformidad el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- COFA.

Acepto y asumo la plena responsabilidad que me corresponda en la atención del afiliado, derivada de los propios actos, de mis dependientes o de las personas o terceros de que me sirva, comprometiéndome a cumplir en un todo las normativas nacionales y provinciales que reglamenten el ejercicio profesional y la actividad farmacéutica.

Sin perjuicio de la plena conformidad brindada previamente, específicamente:

Me obligo a otorgar los descuentos que correspondan conforme al Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- COFA, y a hacer las contribuciones necesarias para el funcionamiento y administración de dicho convenio.

Acepto las normas y modalidades sobre auditoría, dispensación, liquidación y pago que se establecen en el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- COFA y/o las acuerden en el futuro.

Acepto las potestades del INSSJP definidas en el Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-COFA.

Acepto y presto conformidad para que, ante el incumplimiento de nuestras obligaciones, el INSSJP:

Realice retenciones y/o débitos de los pagos que me correspondan frente a situaciones que generen débitos por incumplimientos y/o errores y/o cualquier situación que se establezca cuya consecuencia sea un debito; y/o

suspenda preventiva y/o disponga la baja de mi participación del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-COFA.

Me obligo a mantener indemne al INSSJP y las demás Farmacias que forman parte del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI-COFA, sus socios, funcionarios, directores, directores técnicos, empleados, apoderados, contratistas, subcontratistas y a las personas jurídicas y físicas vinculadas, contra todos y cualquier reclamo, conflicto, sentencia, costo, pasivo, daño,

multas, pérdidas, demandas, acciones, juicios, sumarios y ejecuciones (incluyendo, sin limitación, honorarios de abogados) derivados de, o con relación a cualquier incumplimiento de nuestras obligaciones y/o que nos sea jurídicamente imputable. La indemnidad acordada será cumplida y asegurada a primer requerimiento, por lo que también aceptamos toda retención y compensación que el INSSJP practique sobre los importes a pagarnos derivados del Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- COFA a los fines de asegurar la indemnidad acordada.

Acepto y presto conformidad que la CONFEDERACIÓN FARMACÉUTICA ARGENTINA tiene mandato suficiente para negociar, renegociar y/o modificar y/o acordar la solución de controversias en mi representación en relación al Convenio de Dispensa de Medicamentos Ambulatorios, Clozapinas y Diabetes PAMI- COFA.

Sin otro particular saluda a Uds. muy atentamente.

Firma

Firma

Apellido y Nombre

Apellido y Nombre

Sello de Farmacia

Sello de Colegio

*Instituto Nacional de Servicios  
Sociales para Jubilados y  
Pensionados*

Formulario 3

PLANILLA DE ASIGNACIÓN DE DROGUERÍA

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Sr. Presidente del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

S. / D.

De mi consideración:

De acuerdo a lo establecido en el Convenio, informa a Ud. que designo a la Droguería

\_\_\_\_\_, Sucursal \_\_\_\_\_, Código \_\_\_\_\_

para las Notas de Recuperación de Descuentos y Autorizaciones de Pago.

Sello, firma y aclaración del Propietario

y/o Representante Legal

de la Droguería Asignada

Sello, firma y aclaración

del Director Técnico Farmacéutico

de Farmacia

**CONSTANCIA DE VALIDEZ DE DOCUMENTACIÓN INGRESADA**

**A completar por la entidad**

Fecha \_\_\_\_\_

El (colegio/círculo/cámara) \_\_\_\_\_ deja constancia que los datos y la documentación ingresada de manera digitalizada al Sistema Único de Registro (SUR) a nombre de la Farmacia \_\_\_\_\_, según N° de Operación \_\_\_\_\_, es válida, obrando en poder de la entidad la documentación original presentada por la farmacia.

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración  
responsable de la entidad

Sello de la Farmacia