

## **CARTA ADHESION.**

Sres. ENTIDADES FEDERADAS.  
(ADHESION A FARMACIAS).

Por la presente tomo conocimiento que las tres Instituciones nacionales representativas de las farmacias (COFA, AFMySRA y la FACAF), por cuenta y orden de su red, se han presentado en la Licitación Pública para la provisión de pañales descartables del INSSJyP (PAMI), con el fin de prestar a través de las farmacias integrantes de la red, el servicio de provisión de pañales a sus afiliados autorizados.

**Asimismo tomamos expreso conocimiento que:**

1. El sistema implementado por las Instituciones farmacéuticas, se basa en un acuerdo logrado con seis de las principales fábricas de pañales del país para la fabricación y con las principales Droguerías de reposición diaria que hoy abastecen a nuestras farmacias, para la distribución de los mismos.
2. El sistema de comercialización será igual que el de los medicamentos, es decir, la farmacia adquirirá cualquiera de los dos modelos de pañales que incluye la Licitación (llamados Módulo 8 y Módulo 9) a su Droguería habitual, la misma a través de la cual se le acreditan las Notas de Crédito PAMI.
3. Se aclara que: la venta del pañal a PAMI no generará ninguna Nota de Crédito, sino que se cobrará en cheque. Conforme a las condiciones que surjan de la contratación que en definitiva se apruebe.
4. Como complemento de la droguería habitual para el convenio PAMI se deberá elegir, además, otra Droguería alternativa en la cual la farmacia tenga cuenta y sea cliente habitual.
5. Que la farmacia deberá proveerse de ambos Módulos a través de cualquiera de las Droguerías indicadas, a efectos de tener un stock mínimo para la atención de los afiliados o podrá solicitarlos contra pedido del interesado. Dichos pedidos serán facturados por la Droguería a la farmacia en las condiciones habituales.
6. La entrega a los afiliados se realizará previa validación contra un padrón que proveerá el PAMI a las Instituciones. El sistema de validación será similar al utilizado en la campaña de vacunación antigripal del año pasado.
7. Sólo se entregará el Módulo de pañales si el sistema lo aprueba, en cuyo caso el afiliado retira sin cargo previa firma del conforme que emitirá el sistema.
8. La farmacia facturará quincenalmente al PAMI a través de la Entidad que lo representa (Colegio, Cámara o Asociación), la cual lo canalizará por COFA, FACAF o AFMySRA.
9. El PAMI abonará a las citadas Instituciones nacionales, a los 15 días hábiles de recibida la factura.

- 10.** La farmacia aceptará como margen bruto de ganancia aquel que surja de la licitación aprobada por el INSSJyP y se discriminará entre el precio de facturación de la farmacia y su costo (IVA incluido).

En consecuencia esta farmacia acepta expresamente integrar la red de farmacias prestadoras de COFA y las siguientes condiciones de prestación de su servicio de provisión de “Pañales Descartables PAMI”, con entrega gratuita a los beneficiarios que indique el mencionado Instituto. Asimismo declaro que he tomado conocimiento y presto expresa conformidad respecto de la finalidad del mismo. Por lo tanto 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:**

- a) Asumimos el compromiso de proveernos de los “Pañales Descartables PAMI” a través de la Droguería que tenga asignada para la Nota de Recuperación de Descuento de PAMI, siempre que dicha Droguería forme parte de las integrantes del presente servicio, cuya nómina me será entregada por las Instituciones oportunamente.
- b) Asumimos el compromiso de no vender o entregar bajo ningún concepto los “Pañales Descartables PAMI” a otras personas que no sean los afiliados directos al PAMI o terceros intervinientes que cumplan con todos los requisitos que el sistema prevé.
- c) Asumimos el compromiso de realizar la operación de entrega de los “Pañales Descartables PAMI” sin costo alguno para el afiliado del INSSJyP (PAMI), realizando en forma previa la validación on-line, provista por las Instituciones Farmacéuticas y cumpliendo estrictamente las normas elaboradas por la COFA.
- d) Nos comprometemos a realizar las liquidaciones y facturaciones al INSSJyP (PAMI) en forma quincenal al precio que la COFA nos indique, respetando y manteniendo el mismo hasta la finalización del contrato de entrega producto de la Licitación, (seis meses a partir de la primera Orden de Compra).
- e) Exigir al beneficiario la conformidad al servicio prestado para su posterior liquidación, en las condiciones que la COFA determine.
- f) Asimismo tomamos conocimiento de que esta Farmacia percibirá una utilidad bruta estimativa del 15% sobre el precio de facturación por cada bolsón de 90 unidades.
- g) Presto conformidad a que la percepción del importe facturado por mi farmacia sea efectuado a través de la COFA.

## **SEGUNDO:**

Acepto que la consignación de cualquier dato falso o erróneo en la presente documentación o en cualquier otra, o 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 materia del presente por sí o por intermedio de la Entidad a la cual estoy asociado (Colegio/Círculo/etc.) a efectos de realizar todo tipo de auditorias de los servicios prestados.

Serán considerados graves incumplimientos o infracciones de este PRESTADOR, lo siguiente:

- \* Incumplimiento de los compromisos asumidos en la presente
- \* La comercialización o entrega de los “Pañales Descartables PAMI”, 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 compra de los “Pañales Descartables PAMI” a otras Droguerías o proveedores que no sean los indicados por COFA oportunamente.

**Las conductas arriba indicadas son sólo 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 la COFA.

**Los datos correspondientes a mi farmacia son:**

Farmacia:

Dirección:

Ciudad:

CP:

Provincia:

Farmacéutico/a:

DNI/CI/LE/LC (Tachar lo que no corresponda) N°:

Teléfono:

Razón Social:

Propietario:

Único propietario/socio gerente/socio comanditado (tachar lo que no corresponda)

DNI/CI/LE/LC (Tachar lo que no corresponda) N°:

CUIT:

Mail:

Código PAMI:

Droguería por la que recibo las Notas de Recupero de descuento PAMI:

Nombre:

N° de cuenta:

Droguería alternativa:

Nombre:

N° de cuenta:

Entidad a la que estoy asociado/a:

*Favor de completar todos los datos. En caso de quedar campos vacíos no se aceptará la adhesión de la farmacia.*

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

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Sello de la farmacia

\_\_\_\_\_

Aclaración

\_\_\_\_\_

DNI N°

\_\_\_\_\_

Tipo y N° de Matrícula

Certificación notarial, policial o bancaria de la firma.