

CAMPAÑA DE VACUNACION ANTIGRIpal INSSJyP

PLANILLA DE ADHESION

Asumo como prestador los compromisos, pautas y condiciones generales expresadas en la presente solicitud voluntaria de adhesión a la Red de la Federación Argentina de Cámaras de Farmacias para el plan de vacunación antigripal PAMI, de aplicación gratuita a los beneficiarios del mencionado Instituto y declaro que he tomado 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 Federación Argentina de Cámaras de Farmacias, en adelante FACAF, las que me obligo a cumplir expresamente.

Farmacéutico/a:

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

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

Farmacia:

Dirección:

Ciudad:

CP:

Provincia:

Teléfono:

CUIT:

Mail:

Código PAMI:

Cámara a la que está asociado/a:

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

COMO PRESTADOR ASUMO LOS SIGUIENTES COMPROMISOS EXPRESOS:

PRIMERO:

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 FACAF determine.

c) Con carácter previo a la aplicación de la vacuna, solicitar la correspondiente autorización on line, en las condiciones que la FACAF determine.

d) Exigir al beneficiario la conformidad al servicio prestado para su posterior liquidación, en las condiciones que la FACAF determine.

e) Asimismo tomamos conocimiento de que esta Farmacia percibirá un honorario profesional por cada aplicación de vacuna. Antes de la iniciación de la campaña se me informará el monto a percibir.

f) Presto conformidad a que la percepción del importe por aplicación de las vacunas sea efectuado a través de la FACAF.

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 FACAF de verificar las prestaciones farmacéuticas materia del presente por sí o por intermedio de la CAMARA RESPECTIVA a efectos de realizar todo tipo de auditorías 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 del remanente de vacunas al término de la campaña en las condiciones que la FACAF determine.

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 FACAF.

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

Firma

Sello de la farmacia

Aclaración: _____

DNI Nº: _____ Tipo y Nº de Matrícula: _____