



COLEGIO FARMACÉUTICO
DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

OSDE

DOCUMENTACION PARA SOLICITAR EL ALTA DE PRESENTACION:

1. FOTOCOPIA DE CONDICION ANTE IVA.
2. FOTOCOPIA DE INSCRIPCION DEL IMPUESTO A LAS GANANCIAS.
3. FOTOCOPIA DE INSCRIPCION DE INGRESOS BRUTOS.
4. FOTOCOPIA DEL TITULO DEL FARMACEUTICO.
5. FOTOCOPIA DE LA MATRICULA PROVINCIAL DEL FARMACEUTICO.
6. FOTOCOPIA DE HABILITACION DE LA FARMACIA (DISPONE)
7. NOTA DE SOLICITUD DE ALTA DE PRESTACION.



COLEGIO FARMACÉUTICO
DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

PAMI

DOCUMENTACION PARA SOLICITAR EL ALTA EN PAMI:

1. DECLARACION JURADA Y FORMULARIO DE ADHESION AL CONVENIO.
2. NOTA DE PEDIDO DE ASIGNACION DE DROGUERIA CON CONFORMIDAD DE LA DROGUERIA.
3. FICHA DE ALTA DE FARMACIA
4. CERTIFICADO DE HABILITACION DE LA FARMACIA
5. COPIA DE CUIT
6. COPIA INSCRIPCION EN INGRESOS BRUTOS

DECLARACION JURADA CONVENIO PAMI 97

El que suscribe en su carácter de UNICO PROPIETARIO - REPRESENTANTE LEGAL (tachar lo que no corresponda) de farmacia de la farmacia sita en la calle N° de la localidad de provincia de, deja constancia que habiendo solicitado la incorporación voluntaria de(nombre o razón social de la farmacia)..... al CONVENIO DE PROVISION DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y/O ONCOLOGICOS A AFILIADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (INSSJP) por Solicitud de fecha DECLARA BAJO JURAMENTO que tanto el suscripto, como la farmacia, como su Director Técnico, Dr., 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 la Farmacia y/o el Director Técnico hubieran sido objeto de sanciones por parte del INSSJP, perderé el derecho al cobro de prestaciones farmacéuticas 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 REPRESENTATIVAS DE LAS FARMACIAS.

Constituyo domicilio legal en Farmacia, calle N°, Localidad C.P., Provincia de, donde 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 Ordinarios de la Ciudad de Buenos Aires.

DECLARACION JURADA CONVENIO PAMI 97

El que suscribe en su carácter de UNICO PROPIETARIO - REPRESENTANTE LEGAL (tachar lo que no corresponda) de farmacia de la farmacia sita en la calle N° de la localidad de provincia de, deja constancia que habiendo solicitado la incorporación voluntaria de(nombre o razón social de la farmacia)..... al CONVENIO DE PROVISION DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y/O ONCOLOGICOS A AFILIADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (INSSJP) por Solicitud de fecha DECLARA BAJO JURAMENTO que tanto el suscripto, como la farmacia, como su Director Técnico, Dr., 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 la Farmacia y/o el Director Técnico hubieran sido objeto de sanciones por parte del INSSJP, perderé el derecho al cobro de prestaciones farmacéuticas 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 REPRESENTATIVAS DE LAS FARMACIAS.

Constituyo domicilio legal en Farmacia, calle N°, Localidad C.P., Provincia de, donde 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 Ordinarios de la Ciudad de Buenos Aires.



**COLEGIO FARMACÉUTICO
DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN**

Neuquén,/...../ 2010.

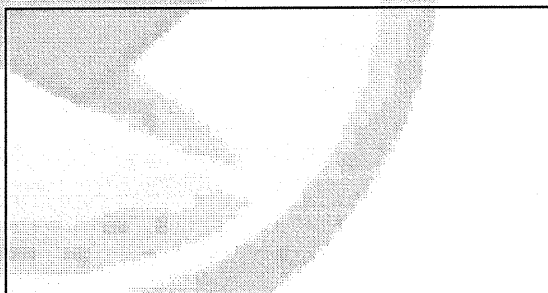
Srs INSSJYP

El que suscribePropietario de la
Farmacia con código PAMI N°solicita
ALTA /CAMBIO de **DROGUERÍA**(tachar lo que no corresponda)para la emisión de las Notas
de Recuperación y Autorizaciones de pago según lo convenido con fecha 21 de diciembre de 1992.

Droguería de Baja

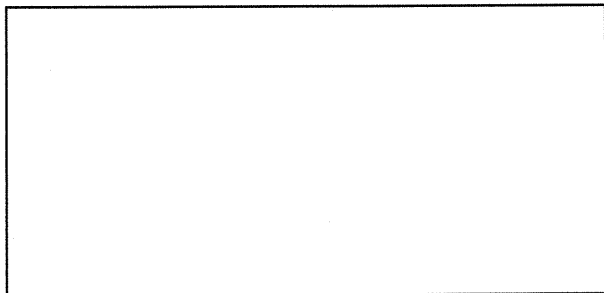
Droguería de Alta.....

Sin otro particular, y a la espera de una pronta resolución, saludamos a Uds. Muy atte.



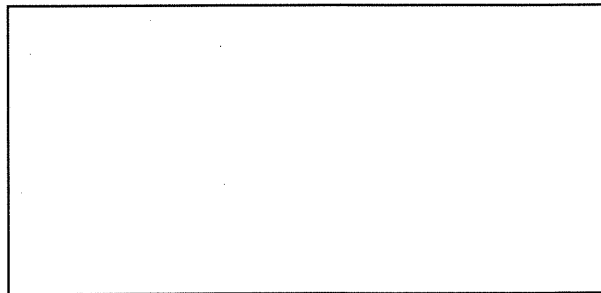
SELLO Y FIRMA FARMACIA

Aprobación droguería a dar de ALTA



SELLO Y FIRMA DROGUERIA

Aprobación droguería a dar de BAJA



SELLO Y FIRMA DROGUERIA



**COLEGIO FARMACÉUTICO
DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN**

Neuquén,/...../ 2010.

Srs INSSJYP

El que suscribePropietario de la
Farmacia con código PAMI N°solicita
ALTA /CAMBIO de **DROGUERÍA**(tachar lo que no corresponda)para la emisión de las Notas
de Recuperación y Autorizaciones de pago según lo convenido con fecha 21 de diciembre de 1992.

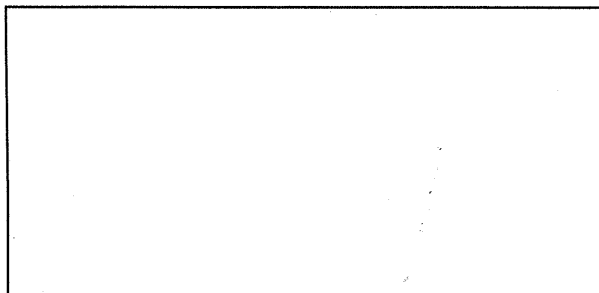
Droguería de Baja

Droguería de Alta.....

Sin otro particular, y a la espera de una pronta resolución, saludamos a Uds. Muy atte.

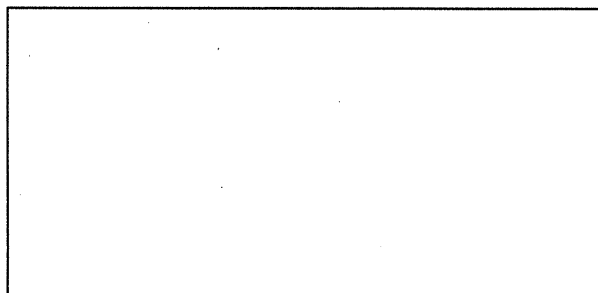
SELLO Y FIRMA FARMACIA

Aprobación **droguería** a dar de **ALTA**



SELLO Y FIRMA DROGUERIA

Aprobación **droguería** a dar de **BAJA**



SELLO Y FIRMA DROGUERIA

DATOS NECESARIOS PARA DAR DE ALTA A LA FARMACIA

Nº DE ORDEN

Sucursal

Nombre fantasía

Razón Social

Calle

Número

Localidad

Código Postal

Teléfono

Propietario

Director Técnico

Matrícula DT

CUIT

Ingresos Brutos

Convenio Multilateral

Agrupamiento

Droguería

Sello Entidad

Firma autorizante

FORMULARIO DE ADHESION AL NUEVO CONVENIO PARA LA PRESTACION AMBULATORIA Y ONCOLOGICA A AFILIADOS DEL INSSJP. 1997

El que suscribe.....en su carácter de UNICO PROPIETARIO - REPRESENTANTE LEGAL (tachar lo que no corresponda) de farmacia, de la farmacia sita en la calle.....Nº.....de la localidad de....., C.P., provincia de....., solicita la incorporación voluntaria de..... (nombre o razón social de la farmacia) al CONVENIO DE PROVISION DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y/O ONCOLOGICOS A LOS AFILIADOS DEL INSSJP . A tal efecto declaro haber tomado debido conocimiento de los contratos suscriptos entre el INSSJP y INDUSTRIA FARMACEUTICA de fecha 20-5-97 y entre LA INDUSTRIA y LAS ENTIDADES REPRESENTATIVAS DE LAS FARMACIAS DE FECHA 7-8-97 para la provisión de medicamentos ambulatorios y oncológicos a los afiliados del INSSJP, como asimismo de las normas operativas e instructivos, cuyos ejemplares me fueran entregados en copia los que declaro conocer por haberlos leído antes de ahora.

Acepto y asumo la plena responsabilidad que me corresponda en la atención del beneficiario, derivada de los propios actos, de mis dependientes o de las personas o terceros de que me sirva.-

Asimismo acepto y me someto expresamente a la potestad disciplinaria y sancionatoria en única instancia de la COMISION MIXTA prevista en la cláusula novena apartado b) del acuerdo de partes del 07-8-97 suscripto entre los sectores representativos de La Industria, La Distribución y La Dispensación que dice " a) para las altas bajas y sanciones de las farmacias se conformará una comisión integrada por tres representantes de la Dispensación y tres de la Industria la que será presidida por un representante de la Industria" .- Presto expresa conformidad que sus decisiones sean dictadas en instancia única y comunicadas por las autoridades de la COFA , -

Declaro conocer y acepto que cualquier dato falso o erróneo incluido en la presente solicitud, en cualquier documentación o información que deba suministrar o se requerido, es causa suficientes para la pérdida de mi condición de adherente al Convenio.-

Expresamente declaro conocer y aceptar como condición esencial para poder adherir al Convenio que la suspensión preventiva o cancelación de la condición de adherente, que pudiere decretarse por la Comisión antes referida conforme su poder disciplinario, en modo alguno y bajo ningún concepto, condición o circunstancia, puede ser causa de reclamo y/o indemnización y/o de acción judicial y/o de reincorporación al Convenio y/o decualquier otra índole contra COFA y/o sus Colegios Afiliados.-

Queda establecido que quedo facultado para dejar sin efecto la adhesión al Convenio de Prestación de Servicios a la Obra Social, con el solo requisito de preavisar a la COFA a través de mi COLEGIO de DISTRITO dicha decisión con treinta (30) días de anticipación, sin necesidad de expresión de causa y sin que ello genere derecho a reclamo alguno.-

Constituyo domicilio legal en Farmacia....., Calle....., Nº....., Localidad....., C.P....., Provincia de....., donde serán válidas todas las notificaciones e intimaciones que se me cursen y me someto expresamente para cualquier actuación judicial que derive de mi calidad de adherente al Convenio de Prestación de servicios a la Obra Social, a la Jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de la Ciudad de Buenos Aires.-

Asimismo se establece, y el profesional reconoce, que las sanciones que se aplicaron por la comprobación de infracciones, involucra con los mismos alcances a la oficina farmacéutica, aún cuando a la época de la sustanciación del sumario o aplicación de la sanción, el profesional farmacéutico no perteneciese a la oficina farmacéutica en la cual ejercía sus funciones, cualquiera fuere la forma bajo la cual se encuentre organizada ésta.-

Presente en este acto don.....DNI con domicilio en..... en su carácter de socio comanditado, socio de la SRL, socio Director Técnico (tachar lo que no corresponda) presta su consentimiento expreso con lo expresado a través de la presente .-

De conformidad se suscribe la presente acta de adhesión en a los..... días del mes de de mil novecientos noventa y-

.....
Firma Propietario y/o Representante Legal

Sello Farmacia

CERTIFICO/AMOS que la/s firma/s que anteceden han sido puestas en mi/nuestra presencia y corresponden a..... (indicar nombre DNI y carácter que reviste) - a los..... días del mes de..... de mil novecientos noventa y.....

FORMULARIO DE ADHESION AL NUEVO CONVENIO PARA LA PRESTACION AMBULATORIA Y ONCOLOGICA A AFILIADOS DEL INSSJP. 1997

El que suscribe.....en su carácter de UNICO PROPIETARIO - REPRESENTANTE LEGAL (tachar lo que no corresponda) de farmacia, de la farmacia sita en la calle.....Nº.....de la localidad de....., C.P., provincia de....., solicita la incorporación voluntaria de..... (nombre o razón social de la farmacia) al CONVENIO DE PROVISION DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y/O ONCOLOGICOS A LOS AFILIADOS DEL INSSJP . A tal efecto declaro haber tomado debido conocimiento de los contratos suscriptos entre el INSSJP y INDUSTRIA FARMACEUTICA de fecha 20-5-97 y entre LA INDUSTRIA y LAS ENTIDADES REPRESENTATIVAS DE LAS FARMACIAS DE FECHA 7-8-97 para la provisión de medicamentos ambulatorios y oncológicos a los afiliados del INSSJP, como asimismo de las normas operativas e instructivos, cuyos ejemplares me fueran entregados en copia los que declaro conocer por haberlos leído antes de ahora.

Acepto y asumo la plena responsabilidad que me corresponda en la atención del beneficiario, derivada de los propios actos, de mis dependientes o de las personas o terceros de que me sirva.-

Asimismo acepto y me someto expresamente a la potestad disciplinaria y sancionatoria en única instancia de la COMISION MIXTA prevista en la cláusula novena apartado b) del acuerdo de partes del 07-8-97 suscripto entre los sectores representativos de La Industria, La Distribución y La Dispensación que dice " a) para las altas bajas y sanciones de las farmacias se conformará una comisión integrada por tres representantes de la Dispensación y tres de la Industria la que será presidida por un representante de la Industria" .- Presto expresa conformidad que sus decisiones sean dictadas en instancia única y comunicadas por las autoridades de la COFA , -

Declaro conocer y acepto que cualquier dato falso o erróneo incluido en la presente solicitud, en cualquier documentación o información que deba suministrar o se requerido, es causa suficientes para la pérdida de mi condición de adherente al Convenio.-

Expresamente declaro conocer y aceptar como condición esencial para poder adherir al Convenio que la suspensión preventiva o cancelación de la condición de adherente, que pudiere decretarse por la Comisión antes referida conforme su poder disciplinario, en modo alguno y bajo ningún concepto, condición o circunstancia, puede ser causa de reclamo y/o indemnización y/o de acción judicial y/o de reincorporación al Convenio y/o de cualquier otra índole contra COFA y/o sus Colegios Afiliados.

Queda establecido que quedo facultado para dejar sin efecto la adhesión al Convenio de Prestación de Servicios a la Obra Social, con el solo requisito de preavisar a la COFA a través de mi COLEGIO de DISTRITO dicha decisión con treinta (30) días de anticipación, sin necesidad de expresión de causa y sin que ello genere derecho a reclamo alguno.-

Constituyo domicilio legal en Farmacia....., Calle....., Nº....., Localidad....., C.P....., Provincia de....., donde serán válidas todas las notificaciones e intimaciones que se me cursen y me someto expresamente para cualquier actuación judicial que derive de mi calidad de adherente al Convenio de Prestación de servicios a la Obra Social, a la Jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de la Ciudad de Buenos Aires.-

Asimismo se establece, y el profesional reconoce, que las sanciones que se aplicaron por la comprobación de infracciones, involucra con los mismos alcances a la oficina farmacéutica, aún cuando a la época de la sustanciación del sumario o aplicación de la sanción, el profesional farmacéutico no perteneciese a la oficina farmacéutica en la cual ejercía sus funciones, cualquiera fuere la forma bajo la cual se encuentre organizada ésta.-

Presente en este acto don.....DNI con domicilio en..... en su carácter de socio comanditado, socio de la SRL, socio Director Técnico (tachar lo que no corresponda) presta su consentimiento expreso con lo expresado a través de la presente .

De conformidad se suscribe la presente acta de adhesión en a los..... días del mes de de mil novecientos noventa y-

.....
Firma Propietario y/o Representante Legal

Sello Farmacia

CERTIFICO/AMOS que la/s firma/s que anteceden han sido puestas en mi/nuestra presencia y corresponden a..... (indicar nombre DNI y carácter que reviste) - a los..... días del mes de..... de mil novecientos noventa y.....