

## **CONVENIO ADHESION AL CONTRATO CON IPAM**

Por medio de la presente ..... DNI o CI N° ..... en mi carácter de UNICO PROPIETARIO, SOCIO COMANDITADO, SOCIO GERENTE, PRESIDENTE DEL DIRECTORIO, REPRESENTANTE LEGAL (tachar lo que no corresponda) de la farmacia denominada..... con domicilio en ..... de la localidad de..... de la provincia: ..... Código Postal: ..... con CUIT N°..... en representación del citado establecimiento (en adelante el ADHERENTE), miembro de la CAMARA DE FARMACIAS DEL CENTRO ARGENTINO (en adelante la DISPENSACIÓN), declaro:

Que el ADHERENTE ha tomado conocimiento de las siguientes circunstancias:

- 1) Que el Gobernador de la Provincia de Córdoba aprobó, mediante Decreto Provincial N° 945/04 el Pliego de Bases y Condiciones Generales y Particulares Unidad de Gestión de Medicamentos (UGM) (en adelante el Pliego) para que se lleve adelante un proceso licitatorio a los efectos de contratar a una Unidad de Gestión de Medicamentos (en adelante la Licitación).
- 2) Que la Licitación se presentó como oferente la ACE "Agrupación para la Administración del Sistema de Provisión, Distribución y Dispensación de Medicamentos a Afiliados del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados" (en adelante ACE).
- 3) Que en su oferta la ACE incluyó cartas de Adhesión suscriptas por entidades representativas de farmacias entre las que se encuentra la DISPENSACION en representación de los establecimientos farmacéuticos que dichas entidades nuclean entre los que se encuentra el ADHERENTE.
- 4) Que la ACE ha sido adjudicada en la Licitación requiriendo el Instituto Provincial de Atención Médica de la Provincia de Córdoba (en adelante IPAM) los instrumentos jurídicos que acreditan la vinculación de la ACE con cada uno de los integrantes de la red de farmacias que se encargarán de la dispensación de las especialidades medicinales a ser provistas (en adelante la red de Efectores).
- 5) Que es voluntad del ADHERENTE ratificar, a través del presente instrumento, su voluntad de formar parte de la Red de Efectores mediante la que se llevará a cabo la dispensación de especialidades medicinales a los afiliados del IPAM (en adelante el Afiliado o los afiliados según el caso).

Que, en constancia, teniendo pleno conocimiento de todo lo precedentemente señalado, el ADHERENTE expresa lo siguiente:

**PRIMERA** El ADHERENTE declara, reconoce y manifiesta tener íntegro conocimiento de las estipulaciones establecidas en el Pliego, las Circulares Aclaratorias emitidas por IPAM, así como de la Oferta presentada por la ACE y se compromete a dar pleno cumplimiento como integrantes de la Red de Efectores a todas y cada una de las cláusulas de dicho Pliego, Circulares, Oferta y Contrato de Adjudicación que se suscriba. Asimismo, el ADHERENTE acepta brindar la dispensación de medicamentos ofertados por la ACE, con las coberturas previstas en el Pliego, en los términos allí establecidos, como parte del sistema articulado por la Unidad de Gestión de Medicamentos allí prevista y definida (artículo 1.4 del Pliego). A todo evento, se deja expresa constancia que el Pliego, correspondiente al mes en que se produjo la prestación por parte del

ADHERENTE. La contraprestación a cargo de la ACE consistirá, en cada caso, en la diferencia entre el precio de venta al público correspondiente a los productos vendidos (con el descuento previsto en el Pliego) menos el copago efectuado por el Afiliado (esto es el pago efectuado por el Afiliado correspondiente a la parte no cubierta por el ACE de acuerdo al Contrato), menos el descuento que efectúe por su parte el ADHERENTE. La ACE podrá realizar el pago por medio de Notas de Crédito.

**NOVENA** El ADHERENTE declara que la DISPENSACION actuará como mandataria exclusiva ante la ACE, a todos los efectos legales del Contrato. Específicamente competará a la DISPENSACION:

- a) Actuar como intermediaria en las directivas que emitan la ACE y/o el IPAM al ADHERENTE.
- b) Realizar Ante la ACE y/o IPAM todas las gestiones que fueran necesarias para realizar la liquidación mensual y el cobro de los suministros efectuados por la ADHERENTE, no asumiendo la DISPENSACION ninguna responsabilidad frente al ADHERENTE por falta de pago y/o demoras, débitos y diferencias que puedan surgir entre el IPAM, la ACE y el ADHERENTE.
- c) Abonar al ADHERENTE, dentro de los tres días hábiles de acreditados los cheques liberados por la ACE, la suma correspondiente a la liquidación mensual del servicio farmacéutico prestado siempre que la ACE no haya optado por realizar el pago por medio de Notas de Crédito, supuesto en el cual la DISPENSACION entregará al ADHERENTE, en el mismo plazo, los documentos que así lo acrediten.
- d) Supervisar y auditar por sí o por terceros debidamente autorizados la prestación del servicio prestado por el ADHERENTE.

**DECIMA** Además de lo hasta aquí analizado, el ADHERENTE se compromete a:

- a) Presentar toda la documentación respaldatoria de cada prestación, la/s recetas debidamente completadas por parte del Afiliado contra la entrega de medicamentos con sus correspondientes troqueles, y/o cualquier otro requisito que indique el IPAM, el ACE o quien ésta indique.
- b) Asumir plena responsabilidad profesional en la atención del Afiliado, derivada de los propios actos de sus dependientes o de las personas o terceros de que se sirva y garantizar la entrega del medicamento al Afiliado en perfectas condiciones de uso, cumpliendo con todas las reglas de la profesión y especialmente la obligación de mantener la cadena de frío.
- c) Denunciar ante la DISPENSACIÓN cualquier irregularidad que pudieren cometer los afiliados del IPAM.
- d) Comunicar a la DISPENSACIÓN toda modificación de los datos personales o societarios y/o de la cesión total y parcial de la farmacia, o mudanza de la misma, dentro de los CINCO (5) días hábiles de producidas las citadas modificaciones.

**DECIMA PRIMERA** El ADHERENTE asume plena responsabilidad frente a la ACE y al IPAM, en caso de que efectúe o continúe efectuando sus prestaciones a pesar de haber merecido alguna suspensión y/o inhabilitación del IPAM. En tales situaciones, si el IPAM y/o la ACE retuvieran o no pagaran las prestaciones, el ADHERENTE carecerá de derecho para reclamar tales reintegros.

**DECIMA SEGUNDA** El ADHERENTE acepta la potestad de contralor del IPAM y la ACE, por sí o por intermedio de terceros debidamente autorizados, tanto para realizar auditorías de los servicios prestados, cuanto para aplicar penalidades por los incumplimientos o infracciones que se determinen, cuando así se establezca en el Pliego y en los términos de lo previsto en dicho Pliego al respecto.

Queda perfectamente aclarado que los débitos por diferencias de precios, deficiencias en la provisión según normas del IPAM y/o cualquier causa justificada determinada por ésta o por la ACE, serán soportados exclusivamente por el ADHERENTE.

**DECIMA TERCERA** El ADHERENTE declara bajo juramento que se encuentra inscripto/a a título personal – la sociedad que representa (táchese lo que no corresponda), para el cumplimiento de las obligaciones impositivas y previsionales bajo el C.U.I.T Nro.....-

**DECIMA CUARTA** El ADHERENTE declara bajo juramento que ni él ni su Director Técnico, Farmacéutico ....., matrícula N° ....., han sido suspendidos, ni excluidos, ni han sido objeto de sanción alguna por parte del IPAM y que se encuentran debidamente autorizados para ejercer sus actividades por las autoridades competentes a tal fin. Consecuentemente asumen la plena y total responsabilidad por los términos de la presente declaración quedando expresamente establecido que en el hipotético supuesto de constatarse que el ADHERENTE y/o el citado Director Técnico, hubieran sido objeto de sanciones por parte del IPAM, perderán el derecho a cobro de las prestaciones farmacéuticas no pudiendo efectuar ningún tipo de reclamo por ningún concepto contra el IPAM, ni contra la ACE y quedarán excluidos de pleno derecho como efectores del presente convenio.

**DECIMA QUINTA** El ADHERENTE acepta el derecho de veto de su inclusión y/o solicitud de exclusión por parte del IPAM y/o de la ACE, como también la potestad disciplinaria del citado Instituto, de la ACE o quien ésta designe y de todas aquellas instancias emergentes del contrato suscripto con la ACE.

**DECIMA SEXTA** El ADHERENTE expresamente presta conformidad para que el supuesto en que se constate que en el presente instrumento se ha consignado cualquier dato, documentación o información falsa o erróneamente a maliciosa, dicha circunstancias sea tenida por causa suficiente para la pérdida de su condición de ADHERENTE.

**DECIMA SEPTIMA** El ADHERENTE no puede ceder el presente convenio sin autorización escrita de la ACE. La ACE, en cualquier momento, puede ceder el presente convenio.

Constituyo domicilio legal en Farmacia ....., calle ....., N° ....., Localidad ....., C.P ....., Provincia de ....., donde serán válidas todas las notificaciones e intimaciones que se me cursen.

De plena conformidad, previa lectura y ratificación se firma la presente adhesión voluntaria, y se da carácter de formal recibo al presente respecto de las copias de los contratos y Pliegos (con sus anexos) citados en el presente escrito cuyos ejemplares me fueran entregados, así como las normas e instrucciones relativas a dichos contratos y Pliegos, en Buenos Aires, a los..... Días del mes de..... De 2004.

Sello Farmacia

Firma, aclaración y Carácter del firmante

Se deja expresa constancia a través de la presente declaración del Farmacéutico a cargo de la Dirección Técnica del ADHERENTE que las sanciones que se apliquen por la comprobación de infracciones involucra con los mismos a la oficina farmacéutica, aun cuando a la época de la sustanciación del sumario o ampliación 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 el/la Farmacéutico/a..... DNI ..... Matrícula Profesional Nº ..... con domicilio en ..... en su carácter de Director Técnico, presta su consentimiento expreso con lo expresado a través de la presente.

Firma y Aclaración  
Del director Técnico

CERTIFICACION DE LA CAMARA DE .....

Por la presente, el que suscribe Sr. /Sra. .... DNI ..... en su carácter de Presidente de la Cámara de ....., acredita que conforme a los registros obrantes en esta Institución, el Sr ..... es el representante legal de la FARMACIA ..... y los datos consignados en el presente documento son coincidentes con los obrantes en nuestros registros.

Lugar y fecha de emisión .....

Firma y sello de la Institución

## **DATOS DE LA FARMACIA**

NOMBRE:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

TELEFONO:

E-MAIL:

C.U.I.T N°:

CODIGO PAMI:

## **DATOS DEL PROPIETARIO o CARACTERISTICAS DE LA SOCIEDAD**

APELLIDO Y NOMBRES:

DOCUMENTO C./L.E/D.N.I:

MATRICULA:

## **DROGUERIA ASIGNADA PARA LAS NOTAS DE CREDITO**

NOMBRE:

DIRECCION:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CODIGO: