

ADHESIÓN VOLUNTARIA AL CONVENIO PROFE – (429)

.....
Lugar y fecha

El que suscribe,
Director/a Técnico/a de la Farmacia, sita en la
calleN° de la localidad
de,

Partido de, solicita su adhesión para integrar el
listado de prestadores al Programa Federal de Salud (PROFE), en las condiciones pactadas
contractualmente, conforme Convenio vigente desde el 1° de Abril de 2010.

Por la presente expreso mi conformidad con el procedimiento de presentación,
procesamiento, eventual devolución de facturaciones, causas de débito de recetas, posterior
refacturación y cobro de las mismas.

Acepto las retenciones que reglamentariamente correspondieran por la aplicación del
Reglamento del S. U., vigentes a la fecha.

Además, acepto facturar a cargo de PROFE el monto fijo estipulado para los medicamentos
Ambulatorios (Crónicos y Agudos) y Accesorios no debiendo abonar importe alguno el
afiliado, como así también los Honorarios Profesionales, según el Plan correspondiente.

.....
Sello de la Farmacia

.....
Firma del/a Farmacéutico/a

Detallar a continuación los siguientes datos:

Apellido y nombres del Director Técnico:

Nombre de la Farmacia:

N° de Matrícula:

N° de Sistema Unificado



ADHESIÓN
VACUNACION IOMA

.....
Lugar y fecha

Sr. Presidente del Colegio de Farmacéuticos
de la Provincia de Buenos Aires.
S / D.-

**REF.: IOMA AMBULATORIO – VACUNACION - CODIGO 191
PARA TODA LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

El que suscribe,
Director/a Técnico/a de la Farmacia, sita en la
calleNº de la localidad
de,

Partido de, adhiero como prestador al Plan de
Vacunación 2010 – IOMA AMBULATORIO en el ámbito de la Provincia de Buenos
Aires, percibiendo por cada vacuna aplicada la suma de Pesos Trece (\$13,00), haciéndose
cargo ese Colegio de los Gastos de Distribución de las vacunas.

La presente metodología será realizada en el marco del Acta Acuerdo referente a vacunas
firmada oportunamente entre el Colegio y el IOMA, complementario del convenio vigente
entre ambas Entidades para el suministro de medicamentos ambulatorios.

.....
Sello de la Farmacia

.....
Firma del/a Farmacéutico/a

Detallar a continuación los siguientes datos:

Apellido y nombres del Director Técnico:

Nº de Matrícula:

Nº de Código del Sistema Unificado.....

Firma y Sello Filial



....., de de 200.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

ACA SALUD. - 277
TODA LA PROVINCIA DE BS AS

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre la Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de BS AS y la obra social ACA SALUD.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de BS AS y ACA SALUD, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto **del 5% (cinco por ciento)** calculado **sobre el valor total de los Medicamentos** y percibiendo además Notas de crédito en parte de pago, cuyo porcentaje dependerá de los medicamentos que dispense la farmacia en cada caso.

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

FIRMA :.....

ACLARACION :.....

Nº DE MATRICULA :.....

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.:.....

NOMBRE Y COD DE DROGUERIA ASIGNADA:.....

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE:

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



....., de de 20.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

ASOCIART - 404
BAHIA BLANCA - GENERAL PUEYRREDON - LA PLATA

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires y ASOCIART ASEGURADORA DE RIESGOS DE TRABAJO.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre el Colegio y ASOCIART ASEGURADORA DE RIESGOS DE TRABAJO, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto **del 7% (siete por ciento) calculado sobre el valor total de los medicamentos dispensados.**

FIRMA

ACLARACION

Nº DE MATRICULA

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



..... de de 20.....-

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

BANCO PROVINCIA - 300
GRAN BUENOS AIRES – BAHIA BLANCA -
BERISSO – ENSENADA – GENERAL
PUEYRREDON – LA PLATA – LUJAN -
MERCEDES

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto por el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires para la atención de los beneficiarios de BANCO PROVINCIA – ASOCIACION MUTUALISTA DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto del 5% (cinco por ciento) calculado sobre el valor total de los medicamentos, más una retención calculada sobre el valor total de los medicamentos, según monto total de facturación de acuerdo al siguiente detalle:

MONTO 100% FACTURADO	PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN
Hasta \$ 2.000	1 % (uno por ciento)
Entre \$ 2.001 a \$ 3.000	2 % (dos por ciento)
Entre \$ 3.001 a \$ 4.000	4 % (cuatro por ciento)
Entre \$ 4.001 a \$ 5.000	6 % (seis por ciento)
Entre \$ 5.001 a \$ 7.000	7 % (siete por ciento)
Desde \$ 7.001 en adelante	8 % (ocho por ciento)

Sin otro particular, saludo a Usted muy atentamente.-

FIRMA

ACLARACION

Nº DE MATRICULA

Nº DE CODIGO DE FCIA. DEL S.U.

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



....., de de 20.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

CASA. - 258

GRAN BS AS - BAHIA BLANCA - GRAL. PUEYRRREDON - LA PLATA

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre la Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de BS AS y la CAJA DE PREVISION SOCIAL PARA ABOGADOS DE LA PROVINCIA DE BS AS - CASA.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de BS AS y CASA, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto **del 10% (diez por ciento) calculado sobre el valor total de la receta.**

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

FIRMA :.....

ACLARACION :.....

Nº DE MATRICULA :.....

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.:.....

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE:

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



....., de de 20.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

CEMURPO. - 242
TODA LA PROVINCIA DE BS AS

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre la Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de BS AS y la obra social CEMURPO.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de BS AS y CEMURPO, que declaro conocer en su totalidad, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto **del 10% (diez por ciento) calculado sobre el monto a abonar por la Obra Social, en concepto de gastos financieros.**

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

FIRMA :.....

ACLARACION :.....

Nº DE MATRICULA :.....

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.:.....

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE:

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



....., de de 200.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

CONSOLIDAR A.R.T. - 232
BAHIA BLANCA - GRAL. PUEYRRREDON - LA PLATA

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre la Confederación Farmacéutica Argentina para la atención de los afiliados de CONSOLIDAR A.R.T. al cual se ha adherido el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de BS AS.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas por la C.O.F.A. para la atención de los afiliados de CONSOLIDAR A.R.T. y aceptadas por el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de BS AS, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto **del 6% (seis por ciento)** calculado **sobre el valor total de los Medicamentos** y percibiendo además **Notas de Crédito** en parte de pago, cuyo porcentaje dependerá de los medicamentos que dispense la farmacia en cada caso.

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

FIRMA :

ACLARACION :

Nº DE MATRICULA :

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.:

CODIGO Y NOMBRE DE LA DROGUERIA ASIGNADA:

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE:

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



.....dede 20....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

INTERACCION A.R.T. – CODIGO 202

PÁRTIDOS DEL INTERIOR DE LA PROVINCIA

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre la Confederación Farmacéutica Argentina e INTERACCION A.R.T., al cual el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires se encuentra adherido.-

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre la COFA e INTERACCION A.R.T., que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención de la bonificación del **6% (seis por ciento) calculado sobre el valor total de la receta.**

Sin otro particular, saludo a Usted muy atentamente.-

FIRMA

ACLARACION

Nº DE MATRICULA

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE.....

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



.....dede 20....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

LA CAJA A.R.T. – 222

LA PLATA, ESCOBAR, BAHIA BLANCA Y GRAL PUEYRREDON

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires y LA CAJA A.R.T.-

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre la COFA y LA CAJA A.R.T. y aceptadas por el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto, por **8% (ocho por ciento) calculado sobre el valor total de los medicamentos.**

Sin otro particular, saludo a Usted muy atentamente.-

FIRMA

ACLARACION

Nº DE MATRICULA

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE.....

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



....., de de 20.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

LA MERIDIONAL A.R.T. - 270
BAHIA BLANCA - GRAL. PUEYRRREDON - LA PLATA

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre la FEDERACION ARGENTINA DE CAMARAS DE FARMACIAS al cual se ha adherido el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de BS AS.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre la FACAF y LA MERIDIONAL A.R.T. y aceptadas por el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de BS AS, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto **del 6% (seis por ciento) calculado sobre el valor total de los Medicamentos.**

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

FIRMA :.....

ACLARACION :.....

Nº DE MATRICULA :.....

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.:.....

NOMBRE DE DROGUERIA ASIGNADA:.....

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE:

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



....., de de 20.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

LIBERTY A.R.T. - 190
LA PLATA

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre la CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA y LIBERTY A.R.T. al cual el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de BS AS. se encuentra adherido.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre la COFA y LIBERTY A.R.T., que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto **del 5% (cinco por ciento) calculado sobre el valor total de la Receta.**

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

FIRMA :.....

ACLARACION :.....

Nº DE MATRICULA :.....

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.:.....

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE:

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



..... de de 20.....-

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

MAPFRE ARGENTINA ART S.A. - 284

BAHIA BLANCA – GENERAL PUEYRREDON – LA PLATA

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto por el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires para la atención de los afiliados de MAPFRE ARGENTINA ART S.A.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas por el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires para la atención de los afiliados de MAPFRE ARGENTINA ART S.A., que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto **del 5% (cinco por ciento) calculado sobre el valor total de los medicamentos** y percibiendo además **10% en Notas de crédito** en parte de pago.

Sin otro particular, saludo a Usted muy atentamente.-

FIRMA

ACLARACION

Nº DE MATRICULA

Nº DE CODIGO DE FCIA. DEL S.U.

CODIGO Y NOMBRE DROGUERIA ASIGNADA:

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



.....dede 20....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

NATIVA SALUD S.A. – CODIGO 246

(Toda la Provincia de Buenos Aires excepto
Olavaria y Gral. Lamadrid)

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires y NATIVA SALUD S.A.-

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre el Colegio y NATIVA SALUD S.A., que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto, por **10% (DIEZ POR CIENTO) calculado sobre el importe a abonar por la Obra Social.**

Sin otro particular, saludo a Usted muy atentamente.-

FIRMA

ACLARACION

Nº DE MATRICULA

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE.....

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



....., de de 20.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

OSALARA - 250
ESCOBAR - BAHIA BLANCA - GRAL. PUEYRRREDON - LA PLATA

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires y OSALARA -OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERIAS Y JUEGOS DE AZAR DE LA REPUBLICA ARGENTINA.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre el Colegio y OSALARA, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto **del 5% (cinco por ciento) calculado sobre el valor total del Medicamento.**

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

FIRMA :.....

ACLARACION :.....

Nº DE MATRICULA :.....

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.:.....

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE:

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



.....,dede 20....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

OSAP – CODIGO 218

Toda la Provincia de Buenos Aires
(excepto Pergamino Ramallo y san Nicolás).

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires y la Obra Social OSAP.-

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre el Colegio y OSAP, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto, del **5% (cinco por ciento) calculado sobre el valor 100% del medicamento.**

Sin otro particular, saludo a Usted muy atentamente.-

FIRMA

ACLARACION

Nº DE MATRICULA

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE.....

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



.....dede 20....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

OSDOP – CODIGO 286
Para toda la Provincia de Buenos Aires

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires y OSDOP – OBRA SOCIAL DE DOCENTES PARTICULARES.-

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre el Colegio y OSDOP, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a normas de atención, vademécum, bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto, por el expendio de medicamentos identificados en el vademécum con la leyenda “P.E.”, del **10% (diez por ciento) sobre el valor 100% del medicamento** por la mencionada Entidad.

Sin otro particular, saludo a Usted muy atentamente.-

FIRMA

ACLARACION

Nº DE MATRICULA

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE.....

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



....., de de 20.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

OSFFeNTOS - 293

BAHIA BLANCA, GENERAL PUEYRREDON LA PLATA y GRAN BUENOS AIRES

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires y SCIS S.A. para los afiliados de la OBRA SOCIAL FEDERAL DE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE LOS TRABAJADORES DE OBRAS SANITARIAS - OSFFeNTOS.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre el Colegio y SCIS S.A. para los afiliados de la OBRA SOCIAL FEDERAL DE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE LOS TRABAJADORES DE OBRAS SANITARIAS - OSFFeNTOS, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto del 10% (diez por ciento) calculado sobre el valor total de los medicamentos dispensados.

FIRMA

ACLARACION

NºDE MATRICULA

NºDE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



....., de de 20.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

OSPACA - 295

BAHIA BLANCA, GENERAL PUEYRREDON LA PLATA y GRAN BUENOS AIRES

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires y SCIS S.A. para los afiliados de la OBRA SOCIAL DEL AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO - OSPACA.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre el Colegio y SCIS S.A. para los afiliados de la OBRA SOCIAL DEL AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO - OSPACA, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto **del 10% (diez por ciento) calculado sobre el valor total de los medicamentos dispensados.**

FIRMA

ACLARACION

NºDE MATRICULA

NºDE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



....., de de 20.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

OSPAGA - 214
BAHIA BLANCA - GRAL. PUEYRRREDON - LA PLATA

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires y la Obra Social OSPAGA.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre el Colegio y OSPAGA, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto **del 6% (seis por ciento) calculado sobre el valor total de los Medicamentos.**

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

FIRMA :.....

ACLARACION :.....

Nº DE MATRICULA :.....

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.:.....

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE:

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



....., de de 20.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

OSPE - 247

GRAN BS AS - BAHIA BLANCA - GRAL. PUEYRRREDON - LA PLATA

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires y la Obra Social OSPE – OBRA SOCIAL PETROLEROS .

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre el Colegio y OSPE, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto del **10% (diez por ciento) calculado sobre el valor total de los Medicamentos.**

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

FIRMA :.....

ACLARACION :.....

Nº DE MATRICULA :.....

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.:.....

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE:

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:

....., de de 20.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

OSPF- 290

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre la Confederación Farmacéutica Argentina y O.S.P.F. - OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA. al cual se ha adherido el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre la COFA y O.S.P.F., y aceptadas por el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a normas de atención, vademécum, bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto del **25% (veinticinco por ciento) calculado sobre el valor total de los medicamentos que figuran en el vademécum de la Obra Social como de Tipo A y del 20% (veinte por ciento) calculado sobre el valor total de los medicamentos que figuren en el vademécum de la Obra Social como de Tipo B.**

FIRMA

ACLARACION

NºDE MATRICULA

NºDE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.

NOMBRE DE DROGUERIA ASIGNADA

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



....., de de 20.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

OSPIA - 283

BAHIA BLANCA – GRAL. PUEYRRREDON – LA PLATA

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires para la atención de los afiliados de la Obra Social del Personal de Industria de Alimentación (OSPIA).

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre el Colegio para la atención de los afiliados de la Obra Social del Personal de Industria de Alimentación (OSPIA), que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto **del 5% (cinco por ciento)** calculado **sobre el valor total de los medicamentos** y percibiendo además **Notas de crédito** en parte de pago, cuyo % dependerá de los medicamentos que dispense la farmacia en cada caso.

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

FIRMA :.....

ACLARACION :.....

Nº DE MATRICULA :.....

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.:.....

CODIGO Y NOMBRE DROGUERIA ASIGNADA:.....

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE:

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



....., de de 20.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

POLICIA FEDERAL - 219
GRAL. PUEYRRREDON – LA PLATA

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires y la SUPERINTENDENCIA DE BIENESTAR DE LA POLICIA FEDERAL ARGENTINA.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre el Colegio y POLICIA FEDERAL, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto **del 7,5% (siete coma cinco por ciento) calculado sobre el valor total de los medicamentos.**

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

FIRMA :.....

ACLARACION :.....

Nº DE MATRICULA :.....

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.:.....

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE:

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



..... de de 20.....-

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

PROVINCIA ART - 411

La Plata, Bahía Blanca y General Pueyrredón

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto por el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires para la atención de los beneficiarios de PROVINCIA ART.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas por el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires para la atención de los beneficiarios de PROVINCIA ART, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto **del 6% (seis por ciento)** calculado **sobre el valor total de los medicamentos** y percibiendo además **Notas de crédito** en parte de pago, cuyo porcentaje dependerá de los medicamentos que dispense la farmacia en cada caso.

Sin otro particular, saludo a Usted muy atentamente.-

FIRMA

ACLARACION

Nº DE MATRICULA

Nº DE CODIGO DE FCIA. DEL S.U.

CODIGO Y NOMBRE DROGUERIA ASIGNADA:

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



....., de de 20.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

QBE A.R.T. - 268
BAHIA BLANCA - GRAL. PUEYRRREDON - LA PLATA

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires y la OBRA SOCIAL QBE A.R.T.S.A.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre el Colegio y QBE A.R.T., que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto **del 5% (cinco por ciento) calculado sobre el valor total de la Receta.**

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

FIRMA :.....

ACLARACION :.....

Nº DE MATRICULA :.....

Nº DE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.:.....

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE:

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:



....., de de 20.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

SANCOR SEGUROS - 303

GRAN BUENOS AIRES - BAHIA BLANCA - GRAL. PUEYRRREDON - LA PLATA

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires y PROYECTA MILLENIUM S.A. para los afiliados de SANCOR SALUD SEGURA MAS DE SANCOR SEGUROS.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre el Colegio y PROYECTA MILLENIUM S.A. para los afiliados de SANCOR SALUD SEGURA MAS DE SANCOR SEGUROS, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto **del 8% (ocho por ciento) calculado sobre el valor total de los medicamentos dispensados.**

FIRMA

ACLARACION

NºDE MATRICULA

NºDE CODIGO DE FCIA.DEL S.U.

SELLO DE LA FARMACIA:

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO: