

**Filial MORON, HURLINGHAM E ITUZAINGO**

*Calle* ***R. O. Del Uruguay Nº 286****. C.P. 1708 localidad Morón Tel.* ***4629-6295/4483-0544***

*SITIO WEB* ***WWW.COLFARMAMORON.ORG.AR***

*E-mail* [*obrassociales@colfamor.com.ar/mesa*](mailto:obrassociales@colfamor.com.ar/mesa)*deentrada@colflamor.com.ar*

**ADHESIÓN VOLUNTARIA AL CONVENIO DE COLABORACIÓN – Cobertura de Medicamentos – FIRMADO ENTRE LA UNION OBRERA METALURGICA (UOM) Y EL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES FILIAL MORÓN, HURLINGHAM E ITUZAINGÓ EL DÍA 27/11/2019**

Por la presente en Morón a los ……………… días del mes de ………………………….. del año ………. Y en representación del establecimiento “Farmacia ………………………………………………………….” Sita en ……………………………………………………………………………………………………. y en mi carácter de …………………………………………….., me adhiero voluntariamente al convenio mencionado en el título en sus dos versiones, detalladas al pie, y a sus anexos y modificaciones futuras, comprometiéndome a cumplirlo cabalmente hasta su finalización. En caso de pretender dejar de participar de este convenio también me comprometo a comunicarlo en forma fehaciente a la Filial de marras con una antelación no menor a sesenta (60) días. Como prueba de conformidad firmo el presente y una copia del convenio marco, el cual quedará a resguardo de la Filial farmacéutica del epígrafe.

a.- Descuento no reintegrable de hasta el 30% sobre el precio de referencia de los medicamentos de prescripción bajo receta y que figuren en el vademécum Social, que se adjunta, quedando el resto a cargo del afiliado – quien deberá abonar en efectivo o con tarjeta de débito, al momento de la dispensa.

b.- Descuento no reintegrable del 15% sobre el precio de referencia de los medicamentos de prescripción bajo receta y que figuren en el Manual Farmaceutico o Agenda Kairos, quedando el 85% restante a cargo del afiliado – quien deberá abonar en efectivo o con tarjeta de débito, al momento de la dispensa.

Firma y sello