

Anexo II

Acuerdo de suministro entre oficina de farmacia y centro sanitario para medicamentos de uso humano

DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA	
Titularidad Oficina de Farmacia (OF):	Nº OF:
Dirección completa:	
Tfno.:	e-mail:
DATOS DEL CENTRO SANITARIO	
Nombre del Centro:	Nº de Registro:
Titularidad del Centro:	CIF:
Representante del Centro:	
Dirección completa:	
Tfno.:	e-mail:
Responsable organizativo-asistencial:	
Tipo de centro/ Oferta asistencial/ Caducidad de autorización:	

Mediante el presente documento los arriba identificados acuerdan lo siguiente:

- El Centro Sanitario se compromete a solicitar sólo aquellos medicamentos que sean precisos para su aplicación en el centro de acuerdo a su oferta asistencial y a presentar una justificación de la necesidad de los mismos con las cantidades necesarias para un período aproximado de 1 mes
- El Centro Sanitario se compromete a presentar, para cada suministro, una orden de pedido de los medicamentos necesarios como máximo para 1 mes y firmada por el responsable organizativo-asistencial del centro.
- El Centro Sanitario comunicará a la Oficina de Farmacia la finalización del acuerdo.
- El Centro Sanitario se compromete a custodiar los medicamentos adecuadamente y conservarlos en las condiciones informadas por la Oficina de Farmacia.
- La Oficina de Farmacia se compromete a suministrar los medicamentos solicitados por el Centro Sanitario siempre que estén debidamente justificados de acuerdo a la oferta asistencial del centro.
- La Oficina de Farmacia se compromete a comunicar las condiciones de conservación de los medicamentos entregados y a comunicar las retiradas del mercado que afecten a los lotes suministrados.
- La oficina de farmacia se compromete a realizar la comunicación del acuerdo con el centro sanitario, así como la finalización del mismo a través de la sede electrónica del Departamento de Salud, adjuntando este acuerdo escaneado y firmado por ambas partes.

Y para que conste a los efectos oportunos, firman este documento, hoy,

día _____ de _____ de _____, en _____

TITULAR OFICINA DE FARMACIA

TITULAR CENTRO SANITARIO

Nombre:

Nombre:

Finalización del acuerdo de suministro entre oficina de farmacia y centro sanitario para medicamentos de uso humano

DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA QUE CESA EN EL SUMINISTRO	
Titularidad Oficina de Farmacia (OF):	Nº OF:
Dirección completa:	
Tfno.:	e-mail:

DATOS DEL CENTRO SANITARIO	
Nombre del Centro:	Nº de Registro:
Titularidad del Centro:	CIF:
Representante del Centro:	
Dirección completa:	
Tfno.:	e-mail:
Responsable organizativo-asistencial:	
Tipo de centro/ Oferta asistencial/ Caducidad de autorización:	

Mediante el presente documento el titular del centro sanitario comunica a la oficina de farmacia, arriba indicada, la finalización del acuerdo de suministro de medicamentos de uso humano que tenían hasta la fecha.

Y para que conste a los efectos oportunos, firman este documento, hoy,

día _____ de _____ de _____, en _____

TITULAR CENTRO SANITARIO

Nombre:

Aclaraciones:

- El Centro Sanitario (CS) comunicará a la Oficina de Farmacia (OF) la finalización del acuerdo mediante este modelo de documento.
- La OF comunicará la finalización del acuerdo y con ello la finalización de su responsabilidad en el suministro, a través de la sede electrónica del Departamento de Salud, adjuntando este documento que le habrá sido facilitado por el titular del CS.