



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA

Informe

Número:

Referencia: ANEXO II - EX-2025-25577168- -APN-GDYAISS#SSS

ANEXO II

MODELO NOTA DE ADHESION AL PROGRAMA

Al Sr. SUPERINTENDENTE

DE SERVICIOS DE SALUD

.....

S _____ / _____ D:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, en mi carácter de Presidente de la Obra Social..... RNAS.....con domicilio en a fin de manifestar expresamente la voluntad de adherir al “**PROGRAMA DE ADHESIÓN VOLUNTARIA PARA LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO.** Profilaxis para hemofilia tipo A severa con FACTOR VIII para beneficiarios, a partir de los VEINTIDOS (22) años”, de conformidad con los términos de la Resolución N°del Registro de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

A tales efectos, reconozco y acepto que:

- La SUPERINTENDENCIA se encuentra facultada para dar inicio al procedimiento de selección correspondiente a los fines de la adquisición de la medicación de que se trata, sujeto a las posibilidades presupuestarias y razones de mérito, oportunidad y conveniencia.
- Este Agente del Seguro de Salud se obliga a dar cumplimiento a los términos y condiciones del Programa. La financiación del consumo de Factor VIII por parte de los beneficiarios a partir de los VEINTIDOS años no será atendida directamente con recursos del Fondo Solidario de Redistribución (FSR), sino que será

responsabilidad financiera de esta Obra Social.

- La SUPERINTENDENCIA informará a AGENCIA DE RECAUDACION Y CONTROL ADUANERO (ARCA) los montos correspondientes a debitar de la cuenta recaudadora de esta Obra Social de acuerdo a los valores fijados en el proceso de adquisición de la medicación.
- Este Agente del Seguro reconoce que es el único obligado frente al beneficiario, con el cual mantendrá incólume la vinculación, deslindando a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD de toda responsabilidad.
- Este Agente del Seguro de Salud asume la obligación de presentarse ante toda acción judicial que se inicie contra la SUPERINTENDENCIA con motivo de la medicación solicitada en el marco del mencionado Programa.

FIRMA Y SELLO [Nombre del presidente de la Obra Social] [Firma] [Fecha]

Certificación por escribano Público [Nombre del Notario Público] [Firma] [Sello Notarial] [Fecha]