

TITRE DE LA CONVENTION

CONVENTION ENTRE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE ET L'UNION NATIONALE DES PHARMACIENS PRIVES DE CÔTE D'IVOIRE (UNPPCI) POUR LA DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

IDENTIFICATION DE L'OFFICINE DE PHARMACIE

Désignation :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Niveau et catégorie :

Classification :

IDENTIFICATION DU REPRESENTANT LEGAL DE L'OFFICINE DE PHARMACIE

Nom et prénom(s) :

.....

Fonction :

Téléphone :

Email :

ENGAGEMENTS DU REPRESENTANT LEGAL DE L'OFFICINE DE PHARMACIE

Je soussigné (e) :

- **Déclare** exacts les renseignements figurant ci-dessus ;
- **Adhère**, à la Convention énumérée ci-dessus et ;
- **M'engage à** :
 - Respecter la tarification annexée à la Convention ;
 - Gérer mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions légales et réglementaires qui lui sont applicables notamment les dispositions du Décret 96-876 du 25 octobre 1996 portant classification des établissements sanitaires publics ;
 - Prendre connaissance de la Convention susmentionnée, et à en respecter tous les termes ;
 - Accepter tout contrôle de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ou de l'organisme de gestion délégué (OGD) désignée par elle.

Fait à, le

Signature :