

**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 :