



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

Informe

Número:

Referencia: EX-2025-54654482- -APN-GDYAISS#SSS - ANEXO II

ANEXO II
MODELO DE NOTA DE ADHESIÓN

“PROGRAMA DE ADHESIÓN VOLUNTARIA PARA LA ADQUISICIÓN DE MEDICACIÓN DE ALTO COSTO – EMICIZUMAB”

Al Señor
SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD
S / D

Tengo el agrado de dirigirme a Usted en mi carácter de Presidente de la Obra Social _____, inscripta en el Registro Nacional de Agentes del Seguro de Salud (RNAS) bajo el N° _____, con domicilio legal en _____, **a efectos de manifestar formalmente la adhesión al “PROGRAMA DE ADHESIÓN VOLUNTARIA PARA LA ADQUISICIÓN DE MEDICACIÓN DE ALTO COSTO – EMICIZUMAB” conforme los términos, condiciones y alcances establecidos en la Resolución N° _____/.**

Declaro bajo juramento que el suscripto se encuentra debidamente facultado para suscribir la presente nota de adhesión en representación de la entidad, en virtud de las disposiciones estatutarias vigentes, y que esta manifestación se formula con carácter de declaración jurada, revistiendo plena validez legal y obligando en todos sus efectos a la Obra Social representada, la cual no podrá alegar, en ninguna circunstancia, el desconocimiento de las facultades invocadas.

En virtud de lo expuesto, se deja expresa constancia de lo siguiente:

1. La Obra Social reconoce que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se encuentra legalmente facultada para llevar adelante el procedimiento de selección y adquisición de la medicación objeto del Programa, conforme a los principios de mérito, oportunidad y conveniencia, y sujeto a las

disponibilidades presupuestarias que se dispongan.

2. La Obra Social se compromete a respetar y cumplir íntegramente con las disposiciones establecidas en el referido Programa, aceptando que **la financiación del consumo de EMICIZUMAB será exclusivamente asumida con fondos propios, sin intervención del Fondo Solidario de Redistribución (FSR)**, conforme lo establece la normativa aplicable.
3. La Obra Social acepta que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD notificará a la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP), por intermedio del sistema ARCA, los importes correspondientes que deberán ser debitados automáticamente de su cuenta recaudadora, según los valores resultantes del procedimiento de compra implementado por el Organismo.
4. La presente adhesión no exime ni sustituye en modo alguno la obligación prestacional que recae sobre esta Obra Social en virtud de su responsabilidad frente a sus beneficiarios. En consecuencia, se reconoce expresamente que la cobertura del medicamento en cuestión continúa siendo una obligación exclusiva de esta Obra Social, deslindando de toda responsabilidad a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.
5. La Obra Social se obliga a asumir, en forma directa e inmediata, la defensa legal en cualquier acción judicial que pudiera promoverse contra la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en relación con requerimientos vinculados al presente Programa, comprometiéndose asimismo a afrontar la totalidad de los costos y cargas procesales que de ello pudieran derivarse.

Sin otro particular, saludo a Usted con distinguida consideración.

[Lugar], [Fecha]

FIRMA Y SELLO

[Nombre y Apellido]

Presidente de la Obra Social

DNI N° _____

CERTIFICACIÓN NOTARIAL

Certifico que la presente firma ha sido puesta en mi presencia por quien acredita ser **[Nombre del Presidente de**

la Obra Social], en su carácter de Presidente de la Obra Social _____, siendo fiel expresión de su voluntad.

[Lugar], [Fecha]

[Firma y Sello del Escribano Público]

Nombre completo – Matrícula N°