

## ANEXO III

### MODELO DE CONTRATO DE ELABORACIÓN POR TERCEROS DE FORMULAS MAGISTRALES Y/O PREPARADOS OFICINALES.

En.....**San Juan de la Arena**.....a.....de.....de.....2007.

#### REUNIDOS

De una parte, D....., en calidad de titular de la oficina de farmacia dispensadora, identificada como ....., NIF/CIF ....., y con domicilio en la ....., de la localidad de ....., concejo de ....., Provincia de .....

De otra parte, **D<sup>a</sup> Covadonga Ramírez de Diego y D. Martín Ramírez de Diego** en calidad de Titulares de la Oficina de Farmacia elaboradora, identificada como **OF.....** NIF/CIF **E-33588773**, y con domicilio en la **C/ Quebrantos, nº 5**, de la localidad **San Juan de la Arena 33125** provincia de **Asturias**, acreditada y autorizada para la elaboración a terceros por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

En función de la presentación y habilitación que ostentan, suscriben el presente contrato para la elaboración por terceros de fórmulas magistrales y/o preparados oficinales, de acuerdo con el Real Decreto 175/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales en el Principado de Asturias, y demás normativa aplicable, en base a las siguientes

#### CLAUSULAS

**Primera.**-La oficina de farmacia dispensadora contrata con la oficina de farmacia entidad elaboradora la elaboración de las siguientes Formas Farmacéuticas:

- Soluciones
- Papeles y sellos
- Cápsulas
- Emulsiones
- Pastas, pomadas
- Suspensiones
- Polvos compuestos

En sus fases de:

- ◆ Elaboración
- ◆ Control de Calidad
- ◆ Acondicionamiento
- ◆ Etiquetado con identificación de farmacia elaboradora y dispensadora (total o parcial en función lo establecido en la cláusula cuarta (4ª) de este contrato)
- ◆ Elaboración de prospectos con identificación de farmacia elaboradora y dispensadora (total o parcial en función lo establecido en la cláusula quinta (5ª) de este contrato)

**Segunda.**-La oficina de farmacia elaboradora asume la responsabilidad de que los trabajos contratados se realicen en sus instalaciones, con sus materiales y por su personal, no asumiendo ninguna responsabilidad de cualquier tipo de modificación y/o manipulación que se efectúe por terceras personas ni por uso y/o aplicación inadecuada de estos productos.

**Tercera.**-La oficina de Farmacia dispensadora será responsable de la dispensación de los productos que le suministre la oficina de farmacia elaboradora, velando porque la etiqueta y la información al paciente cumplan con los datos exigidos al respecto por la legislación vigente.

**Cuarta.**-La oficina de farmacia elaboradora, se compromete a realizar el etiquetado de la fórmula magistral o preparado oficial.

**Quinta.**- La oficina de farmacia elaboradora, asume la obligación de realizar el documento escrito que contenga la información al paciente de las formas farmacéuticas elaboradas, objeto del presente contrato.

**Sexta.**-La oficina de farmacia elaboradora conservará las guías de elaboración, control y registro, así como los procedimientos normalizados de elaboración y control de las fórmulas magistrales y preparados oficinales suministrados durante al menos un año desde su fecha de caducidad.

**Séptima.**- La oficina de farmacia elaboradora, asume la responsabilidad del traslado de la fórmula magistral y/o preparado oficial desde la oficina de farmacia elaboradora a la oficina de farmacia dispensadora.

**Octava.**- (condiciones económicas)

**Novena.**-Las oficinas de farmacia suscriben el presente contrato con carácter indefinido, debiendo comunicar cualquiera de las partes su cancelación con un plazo mínimo de 3 meses de antelación.

El presente contrato se extiende por duplicado, quedando cada original en poder de cada una de las partes contratantes.

En señal de conformidad firman el siguiente contrato

**Por la Oficina de Farmacia elaboradora**

Nombre y Apellidos. **D<sup>a</sup>. Covadonga Ramírez de Diego y D. Martín Ramírez de Diego**

NIF/CIF..... **E33588773**

FIRMA

**Por la Oficina de Farmacia /Servicio Farmacéutico dispensador**

Nombre y Apellidos:

NIF/CIF:

FIRMA