

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Cette demande doit être envoyée en même temps que la demande d'adhésion GMF. Elle doit obligatoirement être accompagnée d'un spécimen de chèque et être transmise par courriel à l'adresse suivante :

DOSPLI.GMF@msss.gouv.qc.ca.

Ce formulaire doit être rempli seulement par un **GMF hors établissement (composé uniquement de sites privés)**.

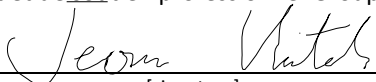
Section à remplir par le GMF

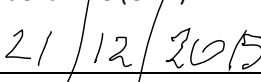
Cette section doit être remplie en lettres majuscules et dûment signée par le médecin responsable du groupe.

Identification de l'organisation subventionnée

Nom du GMF - Note : si le GMF (et non la clinique) est inscrit au registre des entreprises du Québec (REQ), assurez-vous que le nom indiqué ici est conforme à celui du REQ ¹	Si le GMF est inscrit au REQ, vous devez obligatoirement indiquer le numéro d'entreprise du Québec (NEQ) ¹	Nature de la demande <input checked="" type="checkbox"/> Nouvelle inscription au dépôt <input type="checkbox"/> Modification d'information	Date d'entrée en vigueur (seulement si modification)
Clinique de la pleine forme	123456789		
Adresse (n°, rue, app.) 1234, Chemin de la Santé			
Ville, province Québec, QC		Code postal G1K 9I1	
Nom du médecin responsable	Numéro de téléphone	Courriel obligatoire pour l'avis de paiement	
Jean Untel	418-656-5656	jeanuntel@outlook.com	
Forme juridique : Association ou groupement de personnes			
Autre forme juridique (précisez) :			

Je, soussigné(e), étant dûment habilité(e) à cette fin, autorise le gouvernement du Québec à déposer les sommes que celui-ci peut avoir à verser à titre de subventions, dans le compte mentionné ci-dessous, conformément au Programme de financement et de soutien professionnel Groupe de médecine de famille (GMF).


[signature]
Responsable de l'organisation


Date

Section à remplir par l'institution financière

Cette section doit être remplie en lettres majuscules et dûment signée par un représentant autorisé de l'institution financière.

*Veuillez noter que le spécimen de chèque est requis.

Information de l'institution financière

Nom de l'institution	Numéro de l'institution	Numéro de la succursale	Numéro de compte
Banque du Québec	12345	123	123456123456
Adresse (n°, rue, app.) 123, avenue de l'Épargne			
Ville, province Québec, QC		Code postal G1S 1S1	
Nom du responsable	Marc Untel	Numéro de téléphone	418-400-0000

Nous certifions que le détenteur dont le nom apparaît sur ce formulaire est le titulaire du compte dont le numéro figure dans cette section.


[signature]
Représentant autorisé de l'institution financière


Date

¹ Site web du REQ : http://www.registreentreprises.gouv.qc.ca/fr/services_ligne/demande-de-services/S00436.aspx

Important – Information en cas de modifications

Dans l'éventualité d'un changement de compte bancaire, le GMF doit laisser l'ancien compte actif pendant environ 2 mois, car des opérations peuvent être en cours de traitement. Il incombe au GMF de faire connaître au MSSS toute modification des renseignements contenus dans ce formulaire. Advenant une telle modification, le GMF doit remplir à nouveau ce formulaire en cochant « Modification d'information » à la section Nature de la demande et la transmettre au MSSS avec un spécimen de chèque par courriel à l'adresse suivante :

[DOSPLI.GMF@msss.gouv.qc.ca.](mailto:DOSPLI.GMF@msss.gouv.qc.ca)

Le GMF doit informer le MSSS de toute modification (ajout et/ou retrait) concernant la ou les adresses courriel. Ces modifications doivent être envoyées à l'adresse courriel suivante : DOSPLI.GMF@msss.gouv.qc.ca