

## 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](mailto: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

<p>Nom du GMF <sup>1</sup> - Note : si le GMF est inscrit au registre des entreprises du Québec (REQ), assurez-vous que le nom indiqué ici est conforme à celui du REQ</p>	<p>Si le GMF est inscrit au REQ, vous devez obligatoirement indiquer le numéro d'entreprise du Québec (NEQ) <sup>1</sup></p>	<p>Nature de la demande</p> <p><input type="checkbox"/> Nouvelle inscription au dépôt</p> <p><input type="checkbox"/> Modification d'information</p>	<p>Date d'entrée en vigueur (seulement si modification)</p>
<p>Adresse (n°, rue, app.)</p>			
<p>Ville, province</p>		<p>Code postal</p>	
<p>Nom du médecin responsable</p>	<p>Numéro de téléphone</p>	<p>Courriel obligatoire pour l'avis de paiement</p>	
<p>Forme juridique :</p>			
<p>Autre forme juridique (précisez) :</p>			

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

<p>Nom de l'institution</p>	<p>Numéro de l'institution</p>	<p>Numéro de la succursale</p>	<p>Numéro de compte</p>
<p>Adresse (n°, rue, app.)</p>			
<p>Ville, province</p>		<p>Code postal</p>	
<p>Nom du responsable</p>	<p>Numéro de téléphone</p>		

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

<sup>1</sup> Il est important de distinguer l'enregistrement au Registre des entreprises du Québec (REQ) du GMF (et de tous ses sites) et l'enregistrement d'une clinique qui constitue seulement l'un des sites du GMF. Les précisions indiquées en caractères rouges s'appliquent seulement lorsque l'inscription au REQ est au nom du GMF et non lorsqu'elle est pour un seul site. Vous pouvez valider l'enregistrement de votre GMF en consultant le [site web du REQ](#).

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