

**RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS**

Cette entente doit être signée par le médecin responsable du groupe de médecine de famille (GMF) et le partenaire de services. Cette entente doit accompagner la demande d'adhésion au Programme de financement et de soutien professionnel GMF et être envoyée par courriel à l'adresse suivante : [DOSPLI.GMF@msss.gouv.qc.ca](mailto:DOSPLI.GMF@msss.gouv.qc.ca).

Cette entente doit être renouvelée préalablement à chaque révision annuelle du GMF et être envoyée entre le 90<sup>e</sup> et le 60<sup>e</sup> jour précédant la date de révision du GMF, à la même adresse courriel.

Intervenue d'une part entre : \_\_\_\_\_  
Ci-après nommé GMF

et d'autre part : \_\_\_\_\_  
Ci-après nommé partenaire de services

**Attendu que** le GMF et le partenaire de services œuvrent sur un même territoire de RLS et à proximité l'un de l'autre;

**Attendu que** les deux parties souhaitent établir une entente de services afin que le GMF puisse offrir à sa clientèle inscrite une couverture de 68 heures par semaine d'accessibilité médicale;

**Attendu que** les parties conviennent d'établir conjointement un mécanisme explicite d'information mentionnant que la clientèle peut consulter dans l'un ou l'autre des sites de cette entente aux heures et aux jours décrits dans le *Formulaire de demande d'adhésion au Programme de financement et de soutien professionnel GMF* ou dans la mise à jour de l'offre de service du GMF;

**Attendu que** chacune des plages horaires couvertes par le partenaire de services doit comprendre au moins quatre (4) heures consécutives.

En conséquence, les parties conviennent de ce qui suit :

Le partenaire de services s'engage à offrir des services médicaux à la clientèle inscrite au GMF et à assurer les heures d'ouverture suivantes :

Jours	Plages horaires offertes par entente de services
<i>EXEMPLE</i>	<i>16 h à 20 h</i>
Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	
Samedi	
Dimanche	

Durée de l'entente :

Cette entente demeure valide pour une durée de 12 mois, ou, le cas échéant, sur une période allant jusqu'à la prochaine date de révision annuelle du GMF.

EN FOI DE QUOI les parties ont signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin responsable

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée du partenaire

\_\_\_\_\_  
Médecin responsable (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Personne autorisée du partenaire (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Nom du GMF

\_\_\_\_\_  
Titre de la personne autorisée du partenaire

\_\_\_\_\_  
Identification du partenaire (GMF, CIUSSS, etc.)