

**RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS**

Cette entente doit être signée par le médecin responsable du groupe de médecine de famille (GMF) et par le partenaire de service. Cette entente doit accompagner la demande d'adhésion au Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF (Programme GMF) et être envoyée par courriel à l'établissement selon les coordonnées présentées à l'annexe V du Programme GMF.

Cette entente doit être renouvelée préalablement à chaque révision annuelle du GMF et être envoyée entre le 1<sup>er</sup> et le 31 mars de chaque année à la même adresse courriel.

Intervenue d'une  
part entre :

Ci-après nommé « le GMF » \_\_\_\_\_

et d'autre part :

Ci-après nommé « le partenaire de service » \_\_\_\_\_

**Attendu que** le GMF et le partenaire de service œuvrent à proximité l'un de l'autre;

**Attendu que** les deux parties souhaitent établir une entente de service 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 pour les groupes de médecine de famille* ou dans le *Formulaire de révision annuelle GMF*;

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

En conséquence, les parties conviennent de ce qui suit :

Le partenaire de service 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 service
EXEMPLE	16 h à 20 h
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 (lettres moulées)

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

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

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

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