

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Cette demande doit être signée par le *médecin responsable du GMF* ou *par l'ensemble des médecins pratiquant à ce site et faisant partie du GMF*, par le *chef du Département régional de médecine générale (DRMG)*, ainsi que le *président-directeur général (PDG)* et le *directeur des services professionnels (DSP)* du *Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS)* ou du *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)*.

Elle doit être envoyée par courriel à l'établissement selon les coordonnées présentées à l'annexe V du Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF.

IDENTIFICATION

Nom du GMF		Nom du site retiré	
Date prévue du retrait	N° RAMQ du site retiré	Ce site est-il <input type="checkbox"/> En établissement <input type="checkbox"/> Hors établissement	
Adresse du site retiré			
Ville (Province)		Code postal	

SIGNATURES OBLIGATOIRES

Signature du médecin responsable du GMF	Signature du chef du DRMG
Nom (lettres moulées)	Nom (lettres moulées)
Date	Date
Signature du PDG du CISSS/CIUSSS	Signature du DSP du CISSS/CIUSSS
Nom (lettres moulées)	Nom (lettres moulées)
Date	Date

21-920-12W

