

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Cette demande doit être signée par le **médecin responsable du groupe de médecine de famille (GMF)** et par le **président-directeur général (PDG) de l'établissement** ou **toute autre personne désignée par ce dernier**. Elle doit être accompagnée des pièces justificatives des travaux réalisés. Elle doit être envoyée par courriel, au plus tard le 1^{er} mars de chaque année, pour la révision annuelle du GMF, selon les coordonnées présentées à l'annexe VI du Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (Programme GMF).

Ne sont pas admissibles les frais liés aux travaux d'aménagement d'un site de GMF situé dans une installation (CLSC ou GMF-U) exploitée par un établissement de santé et de services sociaux.

SECTION GMF : Nous demandons un remboursement pour des travaux d'aménagement effectués au GMF

VEUILLEZ COCHER LE VOLET APPROPRIÉ ET COMPLÉTER LES SECTIONS CI-DESSOUS :				
<input type="checkbox"/> Volet GMF	Site(s) concerné(s) <i>(une ligne par site)</i>	N° RAMQ du site	Date <i>(année)</i>	Coût des travaux
				\$
				\$
Coût total				\$
<input type="checkbox"/> Volet GMF-A	Site concerné		Date <i>(année)</i>	Coût des travaux
<input type="checkbox"/> Volet GMF-R				\$

Maximum autorisé selon le Programme GMF : 40 000 \$ (section 6.3.2 du Programme GMF)

Maximum autorisé selon le Programme de désignation accès-réseau pour les GMF (Programme GMF accès-réseau) : 30 000 \$ pour les GMF-A ou 60 000 \$ pour les GMF-R (section 5.2.2 du Programme GMF accès-réseau)

Signature du médecin responsable

Date

Nom (lettres moulées)

SECTION établissement :

L'établissement de _____ s'engage à rembourser au GMF la somme de _____ \$
au plus tard le _____.

Signature du PDG ou de son représentant désigné de l'établissement

Date

Nom (lettres moulées)