

**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<sup>er</sup> 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
				\$
				\$
<b>Coût total</b>				\$
<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)