

### RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Cette demande doit être signée par le **médecin responsable du GMF**, le **Département territorial de médecine familiale (DTMF)**, ainsi que le **président-directeur général (PDG)** et le **directeur médical (DM) de l'établissement**. Elle doit être envoyée par courriel à l'établissement selon les coordonnées présentées à l'annexe VI du Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF.

### IDENTIFICATION

Nom du GMF		Nom du site ajouté
Date prévue de l'ajout	N° RAMQ du site ajouté	Ce site est <input type="checkbox"/> En établissement <input type="checkbox"/> Hors établissement
Adresse du site ajouté		
Ville (Province)		Code postal

### SIGNATURES OBLIGATOIRES

Signature du médecin responsable du GMF	Signature du DTMF
Nom (lettres moulées)	Nom (lettres moulées)
Date	Date
Signature du PDG de l'établissement	Signature du DM de l'établissement
Nom (lettres moulées)	Nom (lettres moulées)
Date	Date