

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Cette demande doit être signée par le *médecin responsable du GMF*, le *médecin responsable de la mission accès-réseau* (le cas échéant), 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 déménagé
Date prévue du déménagement	Ce site est <input type="checkbox"/> En établissement <input type="checkbox"/> Hors établissement
N° RAMQ du site déménagé	Ce site possède-t-il une désignation accès-réseau ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nouvelle adresse du site déménagé	
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
Signature du médecin responsable de la mission accès-réseau (le cas échéant)	
Nom (lettres moulées)	
Date	