

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 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 retiré	
Date prévue du retrait	N° RAMQ du site retiré	Ce site est <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 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

