

### RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Le formulaire de demande d'évaluation doit être signé par le médecin responsable du GMF ainsi que par le médecin responsable de la désignation accès-réseau dans le cas où il s'agit d'une personne différente. La demande doit être envoyée par courriel à l'établissement selon les coordonnées présentées à l'annexe III du Programme de désignation accès-réseau pour les groupes de médecine de famille. Les résultats quant au nombre de consultations seront transmis par l'intermédiaire de l'établissement.

### IDENTIFICATION DU GMF

Nom du GMF

### IDENTIFICATION DU SITE ACCÈS-RÉSEAU

Nom du site unique où seront offerts les services accès-réseau

Adresse du site où seront offerts les services accès-réseau (n°, rue, app.)

Ville, province

Code postal

Numéro d'établissement RAMQ\*

\* Le numéro d'établissement demandé est le numéro à cinq chiffres utilisé lors de la facturation.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin responsable du GMF

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin responsable de la mission  
accès-réseau

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Date