

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Cette demande doit être signée par le **médecin responsable du GMF**, le **directeur médical (DM) du Département territorial de médecine familiale (DTMF)**, ainsi que le **président directeur général (PDG) 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 groupes de médecine de famille (Programme 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 DM du DTMF de l'établissement

Nom (lettres moulées)

Nom (lettres moulées)

Date

Date

Signature du PDG de l'établissement

Nom (lettres moulées)

Date