

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Cette demande doit être signée par le **médecin responsable du GMF** ou par **l'ensemble des médecins et IPSPL pratiquant à ce site et faisant partie du GMF**, par 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 retiré	
Date prévue du retrait	N° RAMQ du site retiré	Ce site est-il <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 DM du DTMF de l'établissement

Nom (lettres moulées)

Nom (lettres moulées)

Date

Date

Signature du PDG de l'établissement

Nom (lettres moulées)

Date

