

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Cette demande doit être signée par le **médecin responsable du GMF**, le **directeur médical du GMF-U**, le **directeur médical (DM) du Département territorial de médecine familiale (DTMF)**, le **doyen de la faculté de médecine de l'université partenaire** ainsi que le **président-directeur général (PDG) de l'établissement**.

Si la demande concerne une installation du réseau de la santé et des services sociaux, elle doit être accompagnée d'une preuve de la mission universitaire au permis 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 GMF-U		Nom du site ajouté
Date prévue de l'ajout	N° RAMQ du site ajouté	Ce site est-il <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 directeur médical du GMF-U	Signature du DM du DTMF
Nom (lettres moulées)	Nom (lettres moulées)	Nom (lettres moulées)
Date	Date	Date
Signature du PDG de l'établissement	Signature du doyen de la faculté de médecine de l'université partenaire	
Nom (lettres moulées)	Nom (lettres moulées)	
Date	Date	