

**RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS**

Cette demande doit être signée par le **médecin responsable du GMF**, le **médecin responsable de la mission accès-réseau** (le cas échéant), le **directeur médical du GMF-U** (le cas échéant), le **directeur médical (DM) du Département territorial de médecine familiale (DTMF)**, le **directeur de la faculté de médecine de famille et médecine d'urgence de l'université partenaire (DMFMU)** (le cas échéant), 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 GMF.

**IDENTIFICATION**

Nom du GMF	Nom du site déménagé
Date prévue du déménagement	Ce site est-il <input type="checkbox"/> En établissement <input type="checkbox"/> Hors établissement
N° RAMQ du site déménagé	Ce site possède-t-il une désignation accès-réseau ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nouvelle adresse du site déménagé	Ce site possède-t-il une désignation universitaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ville (Province)	Code postal

## SIGNATURES OBLIGATOIRES

Signature du médecin responsable du GMF	Signature du directeur médical du GMF-U (le cas échéant)
Nom (lettres moulées)	Nom (lettres moulées)
Date	Date
Signature du médecin responsable de la mission accès-réseau (le cas échéant)	Signature du DMFMU de l'université partenaire (le cas échéant)
Nom (lettres moulées)	Nom (lettres moulées)
Date	Date
Signature du DM du DTMF	Signature du PDG de l'établissement
Nom (lettres moulées)	Nom (lettres moulées)
Date	Date