

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 VI du Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (Programme GMF). 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