

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Le formulaire de demande de désignation doit être signé par le médecin responsable du groupe de médecine de famille (GMF) ainsi que par le médecin responsable de la désignation réseau dans le cas où il s'agit d'une personne différente. Cette demande doit être accompagnée de la recommandation du département régional de médecine générale (DRMG), d'une copie de l'entente avec l'établissement dont relèvera la mission réseau, d'une copie de l'entente avec un laboratoire d'imagerie médicale conventionné ou public. La demande et les autres documents doivent être transmis par courriel à l'adresse suivante : DOSPLI.GMF@msss.gouv.qc.ca

Identification du GMF

Nom du GMF

Identification du site réseau

Nom du site unique où seront offerts les services réseau

Nom du médecin responsable de la mission réseau

Adresse du site où seront offerts les services réseau (n^o, rue, app.)

Ville, province

Code postal

Numéro de téléphone

Courriel administratif (pour toutes les communications en vertu du Programme GMF-R)

Établissement dont relèvera la mission réseau

Heures d'ouverture spécifiques aux services réseau

Journée	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Heures							

VEUILLEZ VOUS ASSURER DE REMPLIR, EN ANNEXE, LA LISTE DES MÉDECINS QUI NE FONT PAS PARTIE DU GMF, MAIS QUI PARTICIPERONT À L'OFFRE DE SERVICE LIÉE À LA DÉSIGNATION RÉSEAU, À L'ENDOS DE CE FORMULAIRE.

Signature du médecin responsable du GMF

Signature du médecin responsable de la mission réseau

Nom (en lettres moulées)

Nom (en lettres moulées)

