

## Demande d'évaluation du nombre de consultations pour une désignation réseau

### 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 réseau dans le cas où il s'agit d'une personne différente. La demande doit être envoyée par courriel à l'adresse suivante : [DOSPLI.GMF@msss.gouv.qc.ca](mailto:DOSPLI.GMF@msss.gouv.qc.ca)

**Veillez indiquer l'adresse courriel  
où les résultats devront être envoyés**

### Identification du GMF

Nom du GMF

### Identification du site réseau

Nom du site unique où seront offerts les services réseau

Adresse du site où seront offerts les services 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 réseau

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées)