

## Demandeur

CATÉGORIE PROFESSIONNELLE		NUMÉRO (attribué par la Régie)	NUMÉRO DU BON DE COMMANDE
NOM ET PRÉNOM OU RAISON SOCIALE			IND. RÉG. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE	IND. RÉG.	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	POSTE IND. RÉG. NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR

## Adresse de livraison

Pour les établissements, la commande doit être livrée à l'adresse de facturation.

AUX SOINS DE (S'IL Y A LIEU)		DÉPARTEMENT (S'IL Y A LIEU)	
NUMÉRO	RUE	BUREAU	
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	

## Formulaires demandés

NUMÉRO DU FORMULAIRE	TITRE DU FORMULAIRE	NOMBRE DE PAQUETS	QUANTITÉ

## Enveloppes demandées

NUMÉRO DE L'ENVELOPPE	UTILISATION DE L'ENVELOPPE	NOMBRE DE PAQUETS	QUANTITÉ

## Commentaire

### Moyens pour envoyer la commande

- Par courriel : [Commande.Formulaire@ramq.gouv.qc.ca](mailto:Commande.Formulaire@ramq.gouv.qc.ca)
- Par télécopieur : 418 646-9251
- Par la poste : Régie de l'assurance maladie du Québec  
Centre d'information et d'assistance aux professionnels  
Case postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4