

## 1 Description des services en ligne demandés (à l'usage de la Régie)

Description	Rendez-vous santé Québec – B2B
Application	Site de collaboration SharePoint pour les développeurs de logiciels

## 2 Utilisateur

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fonction	Est-ce que vous possédez un accès pour d'autres services en ligne à la RAMQ? Si oui, donnez le nom d'utilisateur :	
Adresse de correspondance (lieu de travail)	Adresse électronique	
Code postal	Téléphone <small>IND. RÉG.</small>	Poste Télécopieur <small>IND. RÉG.</small>
Je m'engage : - à ne pas divulguer les éléments d'identification qui seront délivrés à mon nom afin de me permettre d'avoir accès aux services en ligne de la Régie dans le cadre de la présente demande; - à n'utiliser ces éléments d'identification qu'aux fins pour lesquelles ils seront délivrés.	<b>SIGNATURE DE L'UTILISATEUR</b>	<b>DATE</b> ANNÉE    MOIS    JOUR

## 3 Représentant désigné

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fonction		
Nom de la compagnie		
Adresse de correspondance (lieu de travail)	Adresse électronique	
Code postal	Téléphone <small>IND. RÉG.</small>	Poste Télécopieur <small>IND. RÉG.</small>
Je m'engage : - à ne pas divulguer les éléments d'identification délivrés au nom de l'utilisateur mentionné ci-dessus dont je pourrais prendre connaissance ; - à transmettre à cet utilisateur, en toute sécurité, les éléments d'identification qui seront délivrés à son nom dans le cadre de la présente demande.	<b>SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DÉSIGNÉ</b>	<b>DATE</b> ANNÉE    MOIS    JOUR

**Note : Advenant le non-respect d'un des engagements décrits ci-dessus, la RAMQ se réserve le droit de retirer en tout temps et sans préavis l'accès aux services en ligne accordé dans le cadre de la présente demande.**

## 4 Répondant à la Régie (à l'usage de la Régie)

Responsable <b>Service du pilotage et de l'évolution des processus</b>	Adresse électronique <b>Developpeursrvsq@ramq.gouv.qc.ca</b>
---	---

## 5 Privilèges d'accès créés et éléments d'identification remis (à l'usage de la Régie)

Période ou durée de validité des éléments d'identification délivrés	Identifiant du répondant	Numéro de référence	Nom d'utilisateur	Date d'inscription ANNÉE    MOIS    JOUR
<b>SIGNATURE DU RÉPONDANT À LA RÉGIE</b>	<b>DATE</b> ANNÉE    MOIS    JOUR	<b>SIGNATURE GESTION DES ACCÈS</b>		<b>DATE</b> ANNÉE    MOIS    JOUR

Veuillez remplir et signer le formulaire et envoyer l'original à l'adresse suivante :  
 Régie de l'assurance maladie du Québec  
 Centre d'assistance aux professionnels  
 Case postale 500  
 Québec (Québec) G1K 7B4

Pour nous joindre : [Developpeursrvsq@ramq.gouv.qc.ca](mailto:Developpeursrvsq@ramq.gouv.qc.ca)