Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE D'INSCRIPTION DU DISTRIBUTEUR D'AIDES DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION

ÉTABLISSEMENT PUBLIC

1- Renseignements sur le distributeur

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	**NUMÉRO DE PERMIS DE L'ÉTABLISSEMENT** DÉLIVRÉ PAR LE MSSS

2- Adresse du siège social

NUMÉRO	RUE	BUREAU

MUNICIPALITÉ

PROVINCE	CODE POSTAL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.	ADRESSE COURRIEL

3- Coordonnées du services d'aides techniques

NOM DE L'INSTALLATION	**NUMÉRO DE PERMIS DE L'INSTALLATION** DÉLIVRÉ PAR LE MSSS

NUMÉRO	RUE	BUREAU

MUNICIPALITÉ

PROVINCE	CODE POSTAL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.	ADRESSE COURRIEL

4 - Paiement

Aux fins de paiement par virement bancaire, veuillez annexer le formulaire *3812- Autorisation de paiement par virement bancaire* dûment rempli selon les règles régissant ce type de paiement. Ce dernier est disponible sur le site Internet de la RAMQ au www.ramq.gouv.qc.ca.

5 - Signature

Je confirme que les renseignements ci-dessus sont exacts. Notre établissement s'engage à fournir les aides de suppléance à l'audition et à rendre les services assurés en conformité avec la Loi sur l'assurance maladie et ses règlements.

SIGNATURE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL OU DU DIRECTEUR GÉNÉRAL	NOM ET PRÉNOM EN MAJUSCULES	DATE ANNÉE MOIS JOUR
X		

L'ORIGINAL du formulaire dûment rempli et signé doit être retourné à la Régie de l'assurance maladie du Québec à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

L'établissement doit aviser la RAMQ de tout changement.

Note : Les télécopies ne seront pas acceptées.