

1 - Renseignements sur l'établissement

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	
NUMÉRO DE PERMIS DE L'ÉTABLISSEMENT DÉLIVRÉ PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	NUMÉRO DU DISPENSATEUR D'AIDES TECHNIQUES ATTRIBUÉ PAR LA RAMQ 959

2 - Adresse du siège social

NUMÉRO	RUE	BUREAU
VILLE		
PROVINCE		CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	POSTE	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.
ADRESSE COURRIEL		

3 - Coordonnées du service d'aides techniques

NOM DE L'INSTALLATION		NUMÉRO DE PERMIS DE L'INSTALLATION DÉLIVRÉ PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
NUMÉRO	RUE	BUREAU
VILLE		
PROVINCE		CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	POSTE	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.
ADRESSE COURRIEL		

4 - Paiement

Pour adhérer au paiement par virement automatique ou pour changer de compte bancaire, veuillez annexer le formulaire 3812 – *Autorisation de paiement par virement automatique* rempli selon les règles régissant ce type de paiement. Ce formulaire est disponible sur notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca.

5 - Signature

Je confirme que les renseignements ci-dessus sont exacts. Notre établissement s'engage à fournir les appareils suppléant à une déficience motrice 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

PRÉNOM ET NOM EN MAJUSCULES

DATE

ANNÉE

MOIS

JOUR

X

Veuillez nous transmettre ce formulaire par télécopieur au **418 646-8110** ou par la poste :

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

Notez que vous devez nous aviser de tout changement.