

**Identité du professionnel de la santé**

Prénom		Nom de famille	
Sexe M F	Date de naissance ANNÉE MOIS JOUR	Numéro d'assurance sociale	

Numéro de permis délivré par votre ordre ou association professionnel (si disponible)

Numéro de résident (s'il y a lieu)

**Adresse du lieu de pratique**

Veillez noter que la RAMQ pourra communiquer cette adresse à des tiers sans votre consentement.

NOM OU RAISON SOCIALE		NUMÉRO DU BUREAU	
NUMÉRO	RUE		
MUNICIPALITÉ			
PROVINCE		CODE POSTAL	

Désirez-vous recevoir votre **correspondance** à la même adresse?  oui  non (remplissez la section suivante)

**Adresse de correspondance (s'il y a lieu)**

NOM OU RAISON SOCIALE		À L'ATTENTION DE	
NUMÉRO	RUE	NUMÉRO DU BUREAU	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	
		CODE POSTAL	

**Paiement et envoi des états de compte**

Aux fins du paiement, veuillez annexer le formulaire *Autorisation de paiement par virement bancaire* rempli selon les règles régissant ce type de paiement.

Si vous utilisez le mode de facturation informatisée, vos états de compte vous seront retournés par télécommunication. Dans le cas contraire, ils seront acheminés à l'adresse de correspondance.

**Autres coordonnées**

<b>TÉLÉPHONES</b>		<b>TÉLÉCOPIEUR</b>
IND. RÉGIONAL	IND. RÉGIONAL	IND. RÉGIONAL
<b>ADRESSE COURRIEL</b>		

Je soussigné m'engage à exercer ma profession dans le cadre du régime institué par la Loi sur l'assurance maladie.

SIGNATURE

DATE  
ANNÉE MOIS JOUR