

Demande d'inscription

pour les pharmaciens travaillant en établissement
ou dans un groupe de médecine de famille (GMF)

1 | Identité des personnes autorisées

Ajout	Retrait	Nom de famille	Prénom	Numéro du professionnel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			4

2 | Établissement ou GMF

Nom de l'établissement ou du GMF		Numéro de l'établissement ou du GMF	
Nom et prénom du chef du département de la pharmacie de l'établissement ou du médecin responsable ou coresponsable du GMF			
Fonction			
<input type="checkbox"/> Chef du département de la pharmacie de l'établissement <input type="checkbox"/> Médecin responsable du GMF <input type="checkbox"/> Médecin coresponsable du GMF			
SIGNATURE			DATE
			ANNÉE MOIS JOUR

Retournez l'original par la poste ou une copie par télécopieur au 418 646-8110.

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