

1 . Identification de la situation

Adhésion à la lettre N° 229

Modification à l'adhésion à la lettre d'entente N° 229
Identifier seulement les informations qui font l'objet d'une modification, à l'exception de l'IPSP ou la CIPSP qui doit toujours être identifiée.

2 . Identification de l'infirmière praticienne spécialisées (IPSP) ou de la candidate infirmière praticienne spécialisée (CIPSP) et du centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) ou du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) d'appartenance

Nom et prénom (en lettres majuscules)	N° de pratique
CISSS ou CIUSSS	N° RAMQ

3 . Site(s) où l'IPSP ou la CIPSP exerce et a une entente de partenariat

Nom du site (identifier, s'il y a lieu, s'il s'agit d'un GMF ou clinique-réseau)	N° RAMQ	Nbr hres/semaine	Date de début			Date de fin		
			Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour

4 . Identification du ou des médecins partenaires

Nom et prénom (en lettres majuscules)	N° de pratique	Date de début			Date de fin		
		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour

5 . Médecin partenaire identifié aux fins de l'application de l'article 4 de la lettre d'entente pour le versement de l'allocation mensuelle lorsqu'il y a une entente de partenariat en cabinet privé

Nom et prénom (en lettres majuscules)				
Adresse de correspondance				
Numéro	Rue			Municipalité
Province	Code postal	Adresse courriel		N° de téléphone Ind. rég.

6 . Informations supplémentaires

7 . Confirmation de l'entente de partenariat et de la convention — Médecin désigné et CISSS ou CIUSSS

Je confirme au nom de tous les médecins partenaires mentionnés au point 4, qu'une entente de partenariat a été conclue avec l'IPSP ou la CIPSP identifiée au point 2 et que les informations inscrites aux présentes sont conformes à la convention conclue entre le CISSS ou le CIUSSS et les médecins partenaires.

SIGNATURE DU MÉDECIN DÉSIGNÉ

X _____ Date _____
Année Mois Jour

Je confirme au nom du CISSS ou du CIUSSS que les informations inscrites au présent formulaire sont conformes à la convention conclue entre le CISSS ou le CIUSSS et les médecins partenaires.

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DU CISSS OU DU CIUSSS

X _____ Date _____
Année Mois Jour

Fonction du signataire : _____ N° de téléphone (ind.rég) _____

8 . Transmettre ce formulaire aux membres du comité paritaire

D^{re} Anne-Louise Boucher
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
2, Place Alexis Nihon
3500, boul. De Maisonneuve Ouest, bureau 2000
Westmount (Québec) H3Z 3C1
Télécopieur : 514 878-4455
alboucher@fmoq.org

Ministère de la Santé et des Services sociaux
930, chemin Sainte-Foy, 3^e étage
Québec (Québec) G1S 2L4
comite.paritaire.FMOQ@msss.gouv.qc.ca

SECTION RÉSERVÉE AU COMITÉ PARITAIRE :

NOMBRE DE FOFAITS ALLOUÉS EN VERTU DE L'ARTICLE 2

Le 1^{er} mois : _____
Les mois subséquents : _____
Date de début d'application : _____
Année Mois Jour

MONTANT DE L'ALLOCATION POUR LES FRAIS D'OPÉRATION RÉCURRENTS À ÊTRE VERSÉ PAR LE CISSS OU LE CIUSSS LORSQU'IL Y A INTÉGRATION D'UNE IPSP OU CIPSP EN CABINET PRIVÉ

Le 1^{er} mois (précisez le mois) : _____
Les mois subséquents : _____

REPRÉSENTANTS DU COMITÉ PARITAIRE

Pour le MSSS : _____
Pour le FMOQ : _____
Date _____
Année Mois Jour