

1 Identification de la demande	
Type de demande	Veuillez choisir le type de demande
	<u>Si fin de collaboration</u> , inscrire les dates : \longrightarrow de l'annonce du départ \longrightarrow et de la dernière journée travaillée

2 Identification de l'infirmier(ère) ou du candidat(e) (IPS ou CIPS)			
Nom (en lettres majuscules)		Prénom (en lettres majuscules)	
N° de permis (OIIQ)		N° d'employé (matricule)	Statut
Établissement			

3 Identification du lieu de pratique				
– Nom du GMF	N° RAMQ	h/sem	Date de début	Date de fin
– Ou autre site (Cabinet, CLSC, CHSLD)	N° RAMQ	h/sem	Date de début	Date de fin

4 Médecin désigné(e) responsable	
Nom et prénom (en lettres majuscules)	
Adresse courriel (uniquement med.@)	
	.med@ssss.gouv.qc.ca

5 Confirmation de l'entente de collaboration et de la convention — Médecin désigné(e) responsable et l'établissement	
Je confirme que les informations inscrites aux présentes sont conformes à la convention convenue entre l'établissement et le médecin désigné(e) responsable des médecins collaborateurs.	
X	Date : _____
_____	Année Mois Jour
Signature du médecin désigné(e) responsable	
Je confirme au nom de l'établissement que les informations inscrites au présent formulaire sont conformes à la convention convenue entre l'établissement et le médecin désigné(e) responsable des médecins collaborateurs.	
X	Date : _____
_____	Année Mois Jour
Signature du représentant(e) de l'établissement	

6 Transmettre ce formulaire aux deux adresses courriel suivantes :	
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) comiteparitaire-gmf@fmoq.org	Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) msss-applicationomni@msss.gouv.qc.ca

GUIDE DE REMPLISSAGE

1. Veuillez faire un choix du menu déroulant concernant la nature de la demande et complétez les informations de la fin de collaboration, le cas échéant.

Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

DEMANDE RELATIVE AU:
LETTRES D'ENTENTE LIEES /
LA COLLABORATION ENTRE UN
MEDECIN DE FAMILLE ET UN IP

1 Identification de la demande

Type de demande: Veuillez choisir le type de demande *****Veuillez choisir le type de demande*****

Si fin de collaboration, inscrire les dates : de l'annonce du départ et de la dernière journée travaillée

2. Inscrivez les informations relatives à l'infirmier(ère) ou le candidat(e) visé(e) par cette demande. Au besoin consulter [le site OIIQ](#).

2 Identification de l'infirmier(ère) ou du candidat(e) (IPS ou CIPS)

Nom (en lettres majuscules) Prénom (en lettres majuscules)

N° de permis (OIIQ) N° d'employé (matricule) Statut **Veuillez choisir le statut**

Etablissement *****VEUILLEZ CHOISIR UN ETABLISSEMENT*****

3. Inscrivez les informations relatives au(x) lieu(x) de pratique concerné(s) par la demande. Au besoin consulter le site de la RAMQ

3 Identification du lieu de pratique

- Nom du GMF

N° RAMQ h/sem Date de début Date de fin

- Ou autre site (Cabinet, CLSC, CHSLD)

N° RAMQ h/sem Date de début Date de fin

Pour un GMF mixte, mettre le numéro du GMF dans la première section et le numéro du site public dans la deuxième section, ainsi que les heures/semaine se rapportant à chacun

4. Inscrivez les informations relatives au médecin responsable. (Obligatoire).

4 Médecin désigné(e) responsable

Nom et prénom (en lettres majuscules)

Adresse courriel (uniquement med.@) .med@ssss.gouv.qc.ca

5. Faire signer le formulaire par les représentants de l'établissement et des médecins partenaires. (Obligatoire).

5 Confirmation de l'entente de collaboration et de la convention — Médecin désigné(e) responsable et l'établissement

Je confirme que les informations inscrites aux présentes sont conformes à la convention convenue entre l'établissement et le médecin désigné(e) responsable des médecins collaborateurs.

X Signature du médecin désigné(e) responsable Date : Année Mois Jour

Je confirme au nom de l'établissement que les informations inscrites au présent formulaire sont conformes à la convention convenue entre l'établissement et le médecin désigné(e) responsable des médecins collaborateurs.

X Date :

6. Transmettez le formulaire aux adresses indiquées.

6 Transmettre ce formulaire aux deux adresses courriel suivantes :

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) comiteparitaire-gmf@fmoq.org

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) msss-applicationomni@msss.gouv.qc.ca