

INSCRIPTION OU MISE À JOUR DE L'INSCRIPTION DE L'AUDIOPROTHÉSISTE

Veillez cocher votre situation :

INSCRIPTION DE L'AUDIOPROTHÉSISTE MISE À JOUR DE L'INSCRIPTION DE L'AUDIOPROTHÉSISTE

1. Renseignements sur l'audioprothésiste

PRÉNOM			NOM DE FAMILLE		
DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR		NUMÉRO DE PERMIS DE PRATIQUE DÉLIVRÉ PAR VOTRE ORDRE PROFESSIONNEL		NUMÉRO DE DISPENSATEUR RAMQ 9-1	

2. Coordonnées du lieu principal de pratique

NOM OU RAISON SOCIALE					
NUMÉRO		RUE		BUREAU	
VILLE			PROVINCE		CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.		ADRESSE COURRIEL	
Désirez-vous recevoir votre correspondance à la même adresse? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (remplissez la section suivante)					

3. Adresse de correspondance (s'il y a lieu)

NOM OU RAISON SOCIALE			À L'ATTENTION DE		
NUMÉRO		RUE		BUREAU	ADRESSE COURRIEL
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.

4. Renseignements sur le destinataire du paiement et de l'état de compte

Cochez la case correspondant au destinataire et inscrivez son nom ou sa raison sociale.

AUDIOPROTHÉSISTE DEMANDEUR
 SOCIÉTÉ PAR ACTIONS*
 SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF À RESPONSABILITÉ LIMITÉE*
 AUTRE TYPE DE GROUPEMENT*

NOM OU RAISON SOCIALE

* Si vous désirez que nous versions vos paiements à l'ordre de ce tiers, vous devez aussi nous transmettre une demande de compte administratif en utilisant le formulaire 4552 – Gestion des comptes administratifs et du compte de finances personnelles.

5. Adresse du destinataire du paiement et de l'état de compte

NOM OU RAISON SOCIALE			À L'ATTENTION DE		
NUMÉRO		RUE		BUREAU	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL		

6. Paiement

Pour adhérer au paiement par virement automatique ou pour changer de compte bancaire, veuillez également utiliser le formulaire 4552 – Gestion des comptes administratifs et du compte de finances personnelles. Ce dernier est disponible sur notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca.

Veillez 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

Je confirme que les renseignements ci-dessus sont exacts. Je m'engage à fournir les prothèses auditives et à rendre les services assurés en conformité avec la Loi sur l'assurance maladie et ses règlements.

SIGNATURE

X _____

ANNÉE MOIS JOUR

PRÉNOM ET NOM EN MAJUSCULES