Santé et Services sociaux Québec

Avec la participation de la Régie de l'assurance maladie du Québec

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

LETTRE D'ENTENTE
**Nº 229**

ANNEXE

## 4 . Identification du ou des médecins partenaires (suite)

| Nom et prénom (en lettres majuscules) | Nº de pratique | Date de début Année | Mois | Jour | Date de fin Année | Mois | Jour |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

## 7 . Confirmation de l'entente de partenariat et de la convention

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

**SIGNATURE DU MÉDECIN DÉSIGNÉ**

**X** _____ Date _____
Année Mois Jour

**(Adresse de correspondance, si différente du point 5)**

Adresse de correspondance

| Numéro | Rue | Municipalité |
|---|---|---|
| | | |

| Province | Code postal | Adresse courriel | Nº de téléphone Ind. rég. |
|---|---|---|---|
| | | | |