

Remplissez les sections 1, 2, 3 ou 4 selon la situation ET la section 5.

**1. Adhésion ou retrait à la Lettre d'entente n° 327 (LE327)**

Remplissez cette section pour adhérer à la LE327 ou vous en retirer. Le responsable de l'établissement doit transmettre le formulaire par courriel à [mcasavant@fmoq.org](mailto:mcasavant@fmoq.org) et à [comite.paritaire.FMOQ@msss.gouv.qc.ca](mailto:comite.paritaire.FMOQ@msss.gouv.qc.ca).

Adhésion       Retrait       Médecin seul vers Groupe concerté       Groupe concerté vers Médecin seul

Identification du médecin responsable du groupe		
Prénom	Nom	Numéro du professionnel
Courriel		Date d'entrée en vigueur Année    Mois    Jour
Identification de l'installation		
Nom du CHSLD		Numéro d'établissement
Identification du ou des médecins du groupe concerté		
SIGNATURE  X _____	Prénom	Nom
	Numéro du professionnel	
SIGNATURE  X _____	Prénom	Nom
	Numéro du professionnel	
SIGNATURE  X _____	Prénom	Nom
	Numéro du professionnel	
SIGNATURE  X _____	Prénom	Nom
	Numéro du professionnel	
SIGNATURE  X _____	Prénom	Nom
	Numéro du professionnel	
SIGNATURE  X _____	Prénom	Nom
	Numéro du professionnel	
SIGNATURE  X _____	Prénom	Nom
	Numéro du professionnel	
SIGNATURE  X _____	Prénom	Nom
	Numéro du professionnel	
SIGNATURE  X _____	Prénom	Nom
	Numéro du professionnel	
SIGNATURE  X _____	Prénom	Nom
	Numéro du professionnel	

## 2. Modification à un groupe existant

Pour l'ajout ou le retrait d'un médecin à un groupe concerté existant, remplissez cette section et la section 5.  
Le médecin responsable du groupe doit transmettre le formulaire par courriel à [registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca).

Identification du médecin responsable du groupe			
Prénom		Nom	Numéro du professionnel
Identification de l'installation			Numéro d'établissement
Nom du CHSLD			
Identification des médecins à ajouter ou retirer			
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Prénom	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
	Numéro du professionnel		
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Prénom	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
	Numéro du professionnel		
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Prénom	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
	Numéro du professionnel		
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Prénom	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
	Numéro du professionnel		
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Prénom	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
	Numéro du professionnel		
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Prénom	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
	Numéro du professionnel		
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Prénom	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
	Numéro du professionnel		
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Prénom	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
	Numéro du professionnel		
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Prénom	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
	Numéro du professionnel		
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Prénom	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
	Numéro du professionnel		
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Prénom	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
	Numéro du professionnel		
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Prénom	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
	Numéro du professionnel		
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Prénom	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
	Numéro du professionnel		
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Prénom	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
	Numéro du professionnel		
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Prénom	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
	Numéro du professionnel		
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Prénom	Nom	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
	Numéro du professionnel		

Si vous avez besoin de plus d'espace, vous devez remplir un formulaire additionnel.

### 3. Changement du médecin responsable du groupe

Pour le changement d'un médecin responsable, remplissez cette section. Le médecin responsable remplacé doit remplir la section 5. Le médecin responsable du groupe doit transmettre le formulaire par courriel à [registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca).

<b>Identification du médecin responsable remplacé</b>		
Prénom	Nom	Numéro du professionnel
<b>Identification du nouveau médecin responsable</b>		
<b>SIGNATURE</b>	Prénom	Nom
<b>X</b> _____	Numéro du professionnel	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour
<b>Identification de l'installation du nouveau médecin responsable</b>		Numéro d'établissement
Nom du CHSLD		

### 4. Ajout d'un médecin remplaçant à un groupe concerté

Pour l'ajout d'un médecin remplaçant à un groupe concerté existant, remplissez cette section et la section 5. Le médecin responsable du groupe doit transmettre le formulaire par courriel à [registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca).

<b>Identification du médecin responsable du groupe</b>		
Prénom	Nom	Numéro du professionnel
<b>Identification de l'installation</b>		Numéro d'établissement
Nom du CHSLD		
<b>Identification du médecin remplacé</b>		
<b>SIGNATURE</b>	Prénom	Nom
<b>X</b> _____	Numéro du professionnel	Date de début Année Mois Jour
		Date de fin Année Mois Jour
<b>Identification du médecin remplaçant</b>		
<b>SIGNATURE</b>	Prénom	Nom
<b>X</b> _____	Numéro du professionnel	Date de début Année Mois Jour
		Date de fin Année Mois Jour

### 5. Engagement – Signature

Je reconnais que les médecins ont pris connaissance des dispositions de la Lettre d'entente n° 327 et déclarent les accepter.

<b>SIGNATURE DU MÉDECIN RESPONSABLE DU GROUPE</b>	Prénom
<b>X</b> _____ Date _____ Année Mois Jour	Nom
La signature du médecin responsable du groupe est requise dans toutes les situations. Si le changement concerne le remplacement du médecin responsable, c'est le médecin responsable remplacé qui doit remplir et signer cette section afin d'autoriser ce changement de rôle.	
<b>SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT (DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS OU DIRECTEUR GÉNÉRAL)</b>	Prénom
<b>X</b> _____ Date _____ Année Mois Jour	Nom
La signature du responsable de l'établissement est requise pour l'adhésion à la LE327 et pour son retrait. Elle n'est pas requise pour une modification à un groupe existant.	

#### NOTE

Les médecins qui désirent se prévaloir d'une dérogation pour la tarification bonifiée doivent en faire la demande par courriel à [mcasavant@fmoq.org](mailto:mcasavant@fmoq.org) et à [comite.paritaire.FMOQ@msss.gouv.qc.ca](mailto:comite.paritaire.FMOQ@msss.gouv.qc.ca) en inscrivant le nombre de leurs patients inscrits en GMF, cabinet, CLSC ou GMF-U ainsi que le nombre de ceux inscrits en CHSLD. Indiquez les noms et les numéros des lieux de pratique concernés.