

1 Renseignements sur l'établissement			
<u>Établissement</u>			
<u>Directeur des services professionnels</u>		<u>Courriel de la personne contact</u>	<u>Téléphone</u> <u>Poste</u>
2 Renseignements sur le médecin spécialiste voulant bénéficier de la tarification horaire en vertu de l'Annexe 15			
<u>Nom et prénom</u>			<u>No de permis CMQ</u>
<u>Le médecin désire-t-il adhérer à la Lettre d'entente 31 :</u>		<u>Spécialité</u>	
Oui Non			
<u>Autorisation demandée pour :</u>		<u>Installation concernant la demande</u>	
<u>Date de début</u>	<u>Date de fin (le cas échéant)</u>		
<u>Clarification des activités (1)</u>			<u>Nombre d'heure par semaine</u>
<u>Clarification des activités (2)</u>			<u>Nombre d'heure par semaine</u>
<u>Clarification des activités (3)</u>			<u>Nombre d'heure par semaine</u>
<u>Informations supplémentaires sur la demande :</u>			

3 Signature du directeur des services professionnels	
<u>Directeur des services professionnels</u>	<u>Date de signature</u>

Le directeur des services professionnels transmet aux deux adresses courriels suivantes :	
MSSS msss-applicationspec@msss.gouv.qc.ca Direction des ententes de rémunération médicale et pharmaceutique	FMSQ aff.professionnelles@fmsq.org Direction des Affaires professionnelles

GUIDE DE REMPLISSAGE

1. Inscrivez les informations relatives à l'établissement

1 Renseignements sur l'établissement			
Établissement			
****VEUILLEZ CHOISIR UN ÉTABLISSEMENT*****			
Directeur des services professionnels	Courriel de la personne contact	Téléphone	Poste
	@		

2. Inscrivez les informations relatives au médecin, à l'installation et aux activités prévues

2 Renseignements sur le médecin spécialiste voulant bénéficier de la tarification horaire en vertu de l'Annexe 15			
Nom et prénom		No de permis CMQ	
Le médecin adhère-t-il à la Lettre d'entente 31 :		Spécialité	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		****VEUILLEZ CHOISIR UNE SPÉCIALITÉ*****	
Autorisation demandée pour :		Installation concernant la demande	
Date de début	Date de fin (le cas échéant)	****VEUILLEZ CHOISIR UNE INSTALLATION *****	
Clarification des activités (1)		Nombre d'heure par semaine	
Clarification des activités (2)		Nombre d'heure par semaine	
Clarification des activités (3)		Nombre d'heure par semaine	
Informations supplémentaires sur la demande :			

3. Faites signer le formulaire par le directeur des services professionnels

3 Signature du directeur des services professionnels	
Directeur des services professionnels	Date de signature

4. Envoyez le formulaire complété aux adresses indiquées

Le directeur des services professionnels transmet aux deux adresses courriels suivantes :	
MSSS msss-applicationspec@msss.gouv.qc.ca Direction des ententes de rémunération médicale et pharmaceutique 930, chemin Sainte-Foy, courrier 3C Québec (Québec) G1S 2L4	FMSQ afp.professionnelles@fmsq.org Direction des Affaires professionnelles 2, Complexe Desjardins, porte 3000 C.P. 216, succ. Desjardins Montréal (Québec) H5B 1G8