

ETABLISSEMENT VISE

OPTILAB

TABLE REGIONALE PREV. INFECTIONS NOSOCOMIALES
SERVICES PREHOSPITALIERS

1 Renseignements sur l'établissement

Établissement

<u>Nom et titre de la personne autorisée à désigner selon le PA</u>	<u>Téléphone</u>	<u>Poste</u>	<u>Courriel de la personne contact</u>
---	------------------	--------------	--

<u>Signature de la personne autorisée selon le PA</u>	<u>Date de signature</u>
---	--------------------------

N.B. : Par la signature de ce document, l'établissement demandeur s'est assuré que les mandats confiés au médecin spécialiste sont conformes aux activités professionnelles visées au PA ci-haut identifié. Veuillez vous référer au guide à l'intention des établissements du RSSS au besoin.

2 Renseignements sur le médecin spécialiste désigné

<u>Nom et prénom</u>	<u>No de permis CMQ</u>	<u>Spécialité</u>	<u>Désignation demandée pour l'année civile :</u>
----------------------	-------------------------	-------------------	---

3 Renseignements sur les mandats

<u>Activité professionnelle visée</u>	<u>Nombre d'heures requises :</u>
---------------------------------------	-----------------------------------

Description détaillée du mandat : (mandat(s) et activité(s) du comité, rôle assumé, répartition des heures, temps de préparation vs. temps passé en réunions, échéancier, etc.)

<u>Activité professionnelle visée</u>	<u>Nombre d'heures requises :</u>
---------------------------------------	-----------------------------------

Description détaillée du mandat : (mandat(s) et activité(s) du comité, rôle assumé, répartition des heures, temps de préparation vs. temps passé en réunions, échéancier, etc.)

<u>Activité professionnelle visée</u>	<u>Nombre d'heures requises :</u>
---------------------------------------	-----------------------------------

Description détaillée du mandat : (mandat(s) et activité(s) du comité, rôle assumé, répartition des heures, temps de préparation vs. temps passé en réunions, échéancier, etc.)

N.B. : Veuillez vous assurer de fournir toute information pertinente relative aux mandats. Les descriptions peu détaillées ou non conformes pourraient entraîner des délais dans le traitement de la demande de désignation.

L'établissement **transmet** la demande de désignation aux **deux adresses courriel 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