

Demande de désistement
Veuillez remplir les sections 1, 2 et 4.

Demande de réengagement
Veuillez remplir les sections 1, 3 et 4.

1. Identification du médecin

Prénom	Nom	Numéro du professionnel

2. Demande de désistement

Je désire me désister des mesures de la *Lettre d'entente n° 368* à compter de la date ci-dessous.

Veuillez cocher la date de début du trimestre qui suit la date de signature de votre demande.

- 1^{er} juin 2022 1^{er} septembre 2022 1^{er} décembre 2022 1^{er} mars 2023
 1^{er} juin 2023 1^{er} septembre 2023 1^{er} décembre 2023 1^{er} mars 2024

Il est à noter qu'à partir de la date de votre désistement, ce sont les règles du taux d'assiduité prévues à l'article 15.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* qui s'appliquent pour le calcul du montant du supplément au volume de patients inscrits.

3. Demande de réengagement

Je désire me réengager aux mesures de la *Lettre d'entente n° 368* à compter de la date ci-dessous.

Veuillez cocher la date de début du trimestre qui suit la date de signature de votre demande.

- 1^{er} juin 2022 1^{er} septembre 2022 1^{er} décembre 2022 1^{er} mars 2023
 1^{er} juin 2023 1^{er} septembre 2023 1^{er} décembre 2023 1^{er} mars 2024

Il est à noter qu'à partir de la date de votre réengagement, ce sont les règles de l'article 7.1 de la *Lettre d'entente n° 368* qui s'appliquent pour le calcul du montant du supplément au volume de patients inscrits.

4. Consentement du médecin

Je comprends que mon désistement ou mon réengagement s'applique à tous les trimestres qui suivent la date indiquée sur ma demande.

Signature

Date

Veuillez nous transmettre votre demande à l'adresse de courriel suivante :

registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca.