

1- Renseignements sur le distributeur

NOM / RAISON SOCIALE
NUMÉRO DU DISPENSATEUR D'AIDES TECHNIQUES ATTRIBUÉ PAR LA RAMQ 953

2- Adresse du lieu principal de service

NOM / RAISON SOCIALE			
NUMÉRO	RUE	BUREAU	
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	POSTE	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.	
ADRESSE COURRIEL			

3 - Paiement

Pour adhérer au paiement par virement automatique ou pour changer de compte bancaire, veuillez annexer le formulaire 3812 – *Autorisation de paiement par virement automatique* rempli selon les règles régissant ce type de paiement. Ce formulaire est disponible sur notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca.

4 - Signature

Je confirme que les renseignements ci-dessus sont exacts. Je m'engage à fournir les aides de suppléance à l'audition et à rendre les services assurés en conformité avec la Loi sur l'assurance maladie et ses règlements.

SIGNATURE	PRÉNOM ET NOM EN MAJUSCULES	DATE
X		ANNÉE MOIS JOUR

Veuillez nous transmettre ce formulaire par télécopieur au **418 646-8110** ou par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Vous devez nous aviser de tout changement.