INSCRIPTION OU MISE À JOUR DE L'INSCRIPTION DU LABORATOIRE
Programme d'appareils suppléant à une déficience physique

Veillez cocher votre situation :

- INSCRIPTION DU LABORATOIRE**
 MISE À JOUR DE L'INSCRIPTION DU LABORATOIRE

1. Renseignements sur le laboratoire

NOM / RAISON SOCIALE		
NUMÉRO DE PERMIS DÉLIVRÉ PAR SANTÉ QUÉBEC	NOM DU TITULAIRE DU PERMIS	NUMÉRO D'INSCRIPTION À LA RAMQ 958

2. Coordonnées du lieu principal de service

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 appareils suppléant à une déficience physique et à rendre les services assurés en conformité avec la Loi sur l'assurance maladie et ses règlements.

SIGNATURE DU TITULAIRE DU PERMIS X	PRÉNOM ET NOM EN MAJUSCULES	DATE ANNÉE MOIS JOUR
--	-----------------------------	-------------------------------

Veillez 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.