

## INSCRIPTION OU MISE À JOUR DE L'INSCRIPTION DU LABORATOIRE

Programme d'appareils suppléant à une déficience physique

Veuillez 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 LE MSSS	NOM DU TITULAIRE DU PERMIS	NUMÉRO D'INSCRIPTION À LA RAMQ 958

### 2. Coordonnées du lieu principal de service

NUMÉRO	RUE	BUREAU
MUNICIPALITÉ		
PROVINCE		CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.	ADRESSE COURRIEL

### 3. Paiement

Pour adhérer au paiement par virement bancaire ou pour tout changement à ce mode de paiement, veuillez annexer le formulaire *Autorisation de paiement par virement bancaire* (3812) rempli selon les règles régissant ce type de paiement. Ce dernier est disponible sur notre site Internet au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://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 <b>X</b>	PRÉNOM ET NOM EN MAJUSCULES	DATE ANNÉE    MOIS    JOUR
--	-----------------------------	-------------------------------

Veuillez transmettre ce formulaire par **courrier** à l'adresse suivante :

**Régie de l'assurance maladie du Québec**

C. P. 6600, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 7T3

ou par **télécopieur** : 418 646-8110

**Le laboratoire doit nous aviser de tout changement.**