

**PARTIE 1 - ADHÉSION**

<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> contrat Date du début d'adhésion : _____ AAAA-MM-JJ	<input type="checkbox"/> Renouvellement Date effective : _____ AAAA-MM-JJ	<input type="checkbox"/> Modification Date effective : _____ AAAA-MM-JJ
--	---	---

**PARTIE 2 - COORDONNÉES DU MÉDECIN**

Nom :	Prénom :	Numéro de pratique à 5 chiffres : 1-
Adresse de correspondance (personnelle) :		
Téléphone (personnel) :	Adresse courriel du réseau :	

**PARTIE 3 - MODALITÉS DE PARTICIPATION**

Secteur	Activités médicales	Choix	Nombre d'heures/semaine (Inscrire seulement le nombre d'heures requisés d'AMP, soit 12 heures au total)	Lieu de dispensation
I	Urgence ou GMF-A/R	<input type="checkbox"/>		
II	La prise en charge et le suivi de patients intra ou hors établissement (6h = 250 patients non-pondérés)	<input type="checkbox"/>		
III	Soins de courte durée (incluant hospitalisation, UCDG et UDC)	<input type="checkbox"/>		
IV	Obstétrique	<input type="checkbox"/>		
V	CHSLD, CR, SAD (incluant la couverture 24/7)	<input type="checkbox"/>		
VI	Toute autre activité autorisée par le comité de direction du DRMG	<input type="checkbox"/>		

**PARTIE 4 - SIGNATURES**

J'ai pris connaissance de l'entente particulière relative aux activités médicales particulières à l'article 4.8 : « L'adhésion d'un médecin à la présente entente implique que la Régie de l'assurance maladie, conformément aux articles 6 et 7 des présentes, transmet les données pertinentes à l'application de la présente concernant sa rémunération et ses années de pratique au DRMG et au comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes ».

Médecin (en lettres majuscules) :	Signature	Date : _____ AAAA-MM-JJ
Réponse du DRMG :	Accepté : <input type="checkbox"/>	Refusé : <input type="checkbox"/>
Chef du Département régional de médecine générale (DRMG) (en lettres majuscules) :	Signature	Date : _____ AAAA-MM-JJ

DOCTEUR PHILIPPE MC NEILL