

[www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)

**Courriel**  
services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

**Téléphone**  
Québec (418) 643-8210  
Montréal (514) 873-3480  
Ailleurs 1 800 463-4776

**Télécopieur**  
Québec (418) 646-9251  
Montréal (514) 873-5951

Nos préposés sont en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30

Québec, le 2 juin 2005

À l'attention des médecins omnipraticiens

## APPEL DE CANDIDATURE – ÉTÉ 2005 RAPPEL

Le 12 avril dernier, nous vous transmettions le [communiqué 003](#) afin de lancer un appel de candidature de médecins pour assurer le maintien de l'accessibilité dans les services d'urgence au cours de l'été 2005. Cet appel s'inscrivait dans le cadre de la Lettre d'entente n° 173. Un extrait du texte de cette lettre d'entente était joint au communiqué et intégrait les instructions de facturation.

Les besoins ne sont pas encore comblés. Les périodes les plus préoccupantes, au nombre de 11, s'étalent du **27 juin au 2 septembre** inclusivement et sont identifiées par un astérisque (\*) sur le formulaire d'inscription ci-joint. La période d'inscription est prolongée jusqu'au **16 juin 2005**.

Vous êtes invité à soumettre votre candidature si vous :

- ◆ détenez des privilèges pour exercer dans un service d'urgence ou en avez détenus au cours des quatre dernières années;
- ◆ avez de la disponibilité pour une semaine ou plus au cours de la période indiquée;
- ◆ acceptez d'être dépêché auprès d'un établissement à quelques heures de préavis.

Si vous êtes intéressé, vous pouvez prendre connaissance de la Lettre d'entente n° 173 qui prévoit des forfaits spécifiques pour les médecins acceptant de se mettre en disponibilité pour l'une ou l'autre de ces semaines. Veuillez remplir le [formulaire](#) ci-joint et le transmettre au plus tard le **16 juin 2005** à l'adresse suivante :

**Direction des Affaires professionnelles  
FMOQ  
1440, Sainte Catherine Ouest, suite 1000  
Montréal, Qc H3G 1R8  
Télécopieur : (514) 878-4455**

Ce communiqué et le précédent sont dans le site Internet de la RAMQ à l'adresse suivante :  
<http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. Formulaire d'inscription à la Lettre d'entente n° 173

# Formulaire d'inscription à la lettre d'entente n° 173

Direction des affaires professionnelles  
 Fédération des médecins omnipraticiens du Québec  
 1440, rue Sainte-Catherine Ouest, suite 1000  
 Montréal (Québec) H3G 1R8

Téléphone : (514) 878-1911  
 Sans frais : 1 800 361-8499  
 Télécopieur : (514) 878-4455

IDENTIFICATION					
Nom		Prénom			
Adresse – Domicile professionnel					
Adresse – Résidence					
Ind. rég.	Téléphone (bureau)	Ind. rég.	Téléphone (résidence)	Ind. rég.	Téléavertisseur
Ind. rég.	Cellulaire	Adresse électronique			
N° du permis d'exercice	N° d'assurance responsabilité	Année	Code	Langues parlées : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

DISPONIBILITÉ		
Nombre de semaines : _____		
Pour les semaines du : (indiquez dans la case votre préférence par ordre de priorité)		
<input type="checkbox"/> 25 juin au 1 <sup>er</sup> juillet	<input type="checkbox"/> 18 juillet au 24 juillet *	<input type="checkbox"/> 13 août au 19 août *
<input type="checkbox"/> 27 juin au 3 juillet *	<input type="checkbox"/> 23 juillet au 29 juillet *	<input type="checkbox"/> 15 août au 21 août
<input type="checkbox"/> 2 juillet au 8 juillet *	<input type="checkbox"/> 25 juillet au 31 juillet	<input type="checkbox"/> 20 août au 26 août *
<input type="checkbox"/> 4 juillet au 10 juillet	<input type="checkbox"/> 30 juillet au 5 août *	<input type="checkbox"/> 22 août au 28 août *
<input type="checkbox"/> 9 juillet au 15 juillet *	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> août au 7 août *	<input type="checkbox"/> 27 août au 2 septembre *
<input type="checkbox"/> 11 juillet au 17 juillet	<input type="checkbox"/> 6 août au 12 août	<input type="checkbox"/> 29 août au 4 septembre
<input type="checkbox"/> 16 juillet au 22 juillet	<input type="checkbox"/> 8 août au 14 août	

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE – Dans les 4 dernières années avez-vous pratiqué dans un service d'urgence
<b>Centre hospitalier</b>
Spécifiez-le ou les :  _____

Identifiez les établissements où vous détenez des privilèges actuellement :

NOUVEAU GRADUÉ – Vous n'avez pas encore exercé :	
Indiquez le nom de l'Université ou vous avez complété votre formation en médecine de famille	Spécifiez le nom du directeur du programme

Je désire m'inscrire à la lettre d'entente n° 173							
Signature _____	Date <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> </table>				Année	Mois	Jour
Année	Mois	Jour					