REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS POUR UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER

☐ MÉDECINS ☐ RÉSIDENTS

IDENTIFICATION

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	NUMÉRO - RAMQ	PÉRIODE DE VALIDITÉ ANNÉE MOIS JOUR À ANNÉE MOIS JOUR
		DE

☐ REMPLACE UNE LISTE DÉJÀ FOURNIE ☐ CORRIGE UNE LISTE DÉJÀ FOURNIE ☐ S'AJOUTE À UNE LISTE DÉJÀ FOURNIE

AVIS DE NOMINATION DES SIGNATAIRES AUTORISÉS

Extrait du procès-verbal d'une assemblée.....
(RÉGULIÈRE / SPÉCIALE)

du conseil d'administration du.....
(NOMMER L'ÉTABLISSEMENT)

.....tenue le.....à.....
(DATE) (ENDROIT)

Résolution numéro.....

Il est dûment proposé par.....
(NOMMER)

appuyé par.....et
(NOMMER)

adopté.....que.....
(PRÉCISER À L'UNANIMITÉ / À LA MAJORITÉ) (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)

autorise les personnes suivantes à attester pour l'établissement l'exactitude des demandes de paiement qui sont soumises pour des services rendus par les médecins et les dentistes exerçant dans votre établissement.

S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES		SPÉCIMEN DE LA SIGNATURE
NOM	TITRE	

Aviser la Régie sans délai pour tout changement concernant le ou les signataires autorisés.

RETOURNEZ À :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et de la révision
Case postale 15000
Québec (Québec)
G1K 9H9

Extrait certifié conforme au procès-verbal par

.....

Secrétaire du conseil d'administration

ce.....

à.....