

1 Identification de l'établissement					
Nom de l'établissement (Pavillon, site, etc.)					
N° de l'établissement		Région administrative		Département, service ou secteur d'activité	
Spécialité		Directeur des services professionnels		Ind. rég.	N° de téléphone
				Ind. rég.	N° de télécopieur
Médecins en poste dans ce département, service ou secteur d'activité		Nombre de postes autorisés selon les PREM ⁽²⁾		Nombre de médecins ayant des tâches universitaires rémunérées	
Nombre total	En ETP ⁽¹⁾	Nombre total	En ETP	PTG ⁽³⁾	Demi-PTG
					Autre

2 Identification des médecins spécialistes demandant l'autorisation et évaluation de leur période moyenne d'activité en semaine, excluant les tâches universitaires rémunérées, exprimée en nombre de demi-journée (1 à 10)				
Nom et prénom du médecin (en lettres majuscules)	N° du médecin	Spécialité	Nombre de demi-journée	Signature
Nom et prénom du médecin (en lettres majuscules)	N° du médecin	Spécialité	Nombre de demi-journée	Signature
Nom et prénom du médecin (en lettres majuscules)	N° du médecin	Spécialité	Nombre de demi-journée	Signature
Nom et prénom du médecin (en lettres majuscules)	N° du médecin	Spécialité	Nombre de demi-journée	Signature
Nom et prénom du médecin (en lettres majuscules)	N° du médecin	Spécialité	Nombre de demi-journée	Signature
Nom et prénom du médecin (en lettres majuscules)	N° du médecin	Spécialité	Nombre de demi-journée	Signature
Nom et prénom du médecin (en lettres majuscules)	N° du médecin	Spécialité	Nombre de demi-journée	Signature
Nom et prénom du médecin (en lettres majuscules)	N° du médecin	Spécialité	Nombre de demi-journée	Signature
Nom et prénom du médecin (en lettres majuscules)	N° du médecin	Spécialité	Nombre de demi-journée	Signature
Nom et prénom du médecin (en lettres majuscules)	N° du médecin	Spécialité	Nombre de demi-journée	Signature

N.B. Par la signature de ce document les médecins désirant se prévaloir du mode de rémunération mixte autorisent la Régie de l'Assurance maladie du Québec à transmettre à la FMSQ et au MSSS le numéro anonyme correspondant à leur numéro de médecin ainsi que les données nominatives les concernant.

3 Répartition globale des activités				
Activités par semaine de l'ensemble des médecins du département, service ou secteur d'activité exprimées en pourcentage (total = 100 %)	Clinique	Encadrement	México-administratif	Tâches universitaires rémunérées

4 Signature du chef de département, service ou secteur d'activité			
Nom (en lettres majuscules)		Ind. rég.	N° de téléphone
		Ind. rég.	N° de télécopieur
Signature		Date	

Le directeur des services professionnels transmet la demande du département, service ou secteur d'activité aux endroits suivants :

Original : MSSS

Direction des professionnels
de la santé
1005, chemin Sainte-Foy, 4^e étage
Québec (Québec) G1S 4N4
Télécopieur : 418 266-8444

Copie : FMSQ

Direction des Affaires
professionnelles
2, Complexe Desjardins, porte 3000
C.P. 216, succ. Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G8
Télécopieur : 514 350-5020

Copie : RAMQ

Service des relations avec la clientèle
et de la diffusion de l'information
1125, Grande Allée Ouest
Dépôt de courrier C310
Québec (Québec) G1S 1E7
Télécopieur : 418 643-7381