

**AVIS DE DÉSENGAGEMENT, DE RÉENGAGEMENT
OU DE NON PARTICIPATION**

Date

Le Président-directeur général
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec, (Québec)
G1K 7B4

Monsieur,

Je soussigné

(nom et prénom en lettres majuscules)

professionnel de la santé exerçant ma profession à titre de :

(pointez (√) la mention utile)

- professionnel soumis à l'application d'une entente (.....)
- professionnel désengagé (.....)
- professionnel non-participant (.....)

avise la Régie de l'assurance maladie du Québec que j'entends exercer ma profession à titre de :

(pointez (√) la mention utile)

- professionnel soumis à l'application d'une entente (.....)
- professionnel désengagé (.....)
- professionnel non-participant (.....)

le tout suivant la Loi de l'assurance maladie (L.R.Q., c.A-29).

.....
(Signature)

Profession

Numéro du professionnel

Adresse de pratique du professionnel

.....
Numéro Rue

.....
Ville Code postal