

1 . Identification de la situation

<input type="checkbox"/>	Adhésion à la lettre No 229
<input type="checkbox"/>	Modification à l'adhésion à la lettre d'entente No 229 Identifier seulement les informations qui font l'objet d'une modification, à l'exception de L'IPS-SPL ou la CIPS-SPL qui doit toujours être identifiée.

2 . Identification de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS-SPL) ou de l'infirmière praticienne spécialisée (CIPS-SPL) et du centre de santé et services sociaux (CSSS) d'appartenance

Nom et prénom (en lettres majuscules)	N° de pratique
CSSS	N° RAMQ

3 . Site(s) où l'IPS-SPL ou la CIPS-SPL exerce et a une entente de partenariat

Nom du site (identifier, s'il y a lieu, s'il s'agit d'un GMF ou clinique-réseau)	N° RAMQ	Nbr hres/semaine	Date de début			Date de fin		
			Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour

4 . Identification du ou des médecins partenaires

Nom et prénom (en lettres majuscules)	N° de pratique	Date de début			Date de fin		
		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour

5 . Médecin partenaire identifié aux fins de l'application de l'article 4 de la lettre d'entente pour le versement de l'allocation mensuelle lorsqu'il y a une entente de partenariat en cabinet privé

Nom et prénom (en lettres majuscules)			
Adresse de correspondance		Appartement	
Numéro	Rue		
Municipalité	Province	Adresse courriel	N° de téléphone Ind. rég.

6 . Informations supplémentaires

7 . Confirmation de l'entente de partenariat et de la convention — Médecin désigné et CSSS

Je confirme au nom de tous les médecins partenaires mentionnés au point 4, qu'une entente de partenariat a été conclue avec l'IPS-SPL ou la CIPS-SPL identifiée au point 2 et que les informations inscrites aux présentes sont conformes à la convention conclue entre le CSSS et les médecins partenaires.

SIGNATURE DU MÉDECIN DÉSIGNÉ

X _____ Date _____
Année Mois Jour

Je confirme au nom du CSSS que les informations inscrites au présent formulaire sont conformes à la convention conclue entre le CSSS et les médecins partenaires.

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DU CSSS

X _____ Date _____
Année Mois Jour

Fonction du signataire : _____ N° de téléphone (ind.rég) _____

8 . Transmettre ce formulaire aux membres du comité paritaire

M. Serge Dulude, m.d.
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000
Montréal (Québec) H3G 1R8
Télécopieur : 514 878-4455
sdulude@fmoq.org

Madame Marie-Claire Leblanc:
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1005, chemin Sainte-Foy, 4^e étage
Québec (Québec) G1S 4N4
Télécopieur : 418 266-8444
marie.claire.leblanc@msss.gouv.qc.ca

SECTION RÉSERVÉE AU COMITÉ PARITAIRE :

NOMBRE DE FOFAITS ALLOUÉS EN VERTU DE L'ARTICLE 2

Le 1^{er} mois : _____

Les mois subséquents : _____

Date de début d'application : _____
Année Mois Jour

MONTANT DE L'ALLOCATION POUR LES FRAIS D'OPÉRATION RÉCURRENTS À ÊTRE VERSÉ PAR LE CSSS LORSQU'IL Y A INTÉGRATION D'UNE ISP-SPL OU CIPS-SPL EN CABINET PRIVÉ

Le 1^{er} mois (précisez le mois) : _____

Les mois subséquents : _____

REPRÉSENTANTS DU COMITÉ PARITAIRE

Pour le MSSS : _____

Pour le FMOQ : _____

Date _____
Année Mois Jour