

Formulaire de candidature à la lettre d'entente N° 298

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des ententes de rémunération médicale et pharmaceutique
930, chemin Sainte-Foy, Courrier 3C
Québec (Québec) G1S 2L4
comite.paritaire.FMOQ@msss.gouv.qc.ca

IDENTIFICATION

Nom			Prénom		
Adresse – Domicile Professionnel					
Adresse - Résidence					
Ind. rég.	Téléphone (jour)	Ind. rég.	Téléphone (soir)	Ind. rég.	Téléphone (Cellulaire)
Adresse de courriel					
N° permis	No Assurance responsabilité	Année	Code	Langues parlées : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

Identifiez les établissements où vous avez détenu des privilèges au cours des 4 dernières années

--

Quel type de pratique y exercez-vous?

--

Êtes-vous à contrat avec le MSSS, détenteur d'un permis restrictif ou avez-vous remboursé des bourses que vous aviez reçues via le programme de bourses du MSSS?

--

Avez-vous déjà bénéficié de primes d'installation ou de maintien dans une région?

Quelle région :	Combien d'année :

Signature : _____	Date : _____
-------------------	--------------