

Demande au comité paritaire
MSSS-FMOQ
Responsable du mécanisme de dépannage

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT				Date de la demande :		
RÉGION				(jour) (mois) (année)		
Nom du CSSS				Nom du directeur des services professionnels (DSP)		
Installation visée par la demande				Nom du responsable de la demande, si autre que le DSP		
Adresse postale :				Fonction du responsable de la demande, si autre que le DSP		
no	rue	ville	code postal	ind. rég.	Téléphone	n° du poste

SECTEUR(S) D'ACTIVITÉ VISÉ(S) PAR LA DEMANDE	NATURE DE LA DEMANDE
<input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Courte durée <input type="checkbox"/> Obstétrique <input type="checkbox"/> Anesthésiologie	<input type="checkbox"/> Demande d'adhésion <input type="checkbox"/> Demande de renouvellement <input type="checkbox"/> Demande de révision <input type="checkbox"/> Autre (Précisez dans la section ci-dessous)
<input type="checkbox"/> LETTRE D'ENTENTE Précisez laquelle →	
<div>LE n° :</div>	

ENVOI DES DOCUMENTS
Veuillez faire parvenir ce formulaire,
 dûment rempli et accompagné des documents requis,
 par courrier électronique à l'adresse suivante :

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES			
Expliquez brièvement les motifs de votre demande : (Veuillez joindre des pages en annexe si vous avez besoin d'espace supplémentaire).			
Personne à contacter pour des informations supplémentaires	ind. rég.	Téléphone	no du poste

DÉCISION DU COMITÉ PARITAIRE MSSS-FMOQ (Ne rien inscrire dans cette section)				
SECTEUR D'ACTIVITÉ	DÉCISION	AUTORISATION (quarts ou semaines / mois ou année)	DATE DE MISE EN VIGUEUR	DATE D'ÉCHÉANCE
LETTRE D'ENTENTE N°		Veuillez faire parvenir la liste des médecins participants avant le :		

Précisions relatives à la décision :