

Activités médicales particulières (AMP)

Confirmation du volume d'AMP

(Nomination de l'établissement aux fins d'adhésion à l'entente ayant pour objet les AMP)

Médecin - omnipraticien

Remplir les champs en blanc

1. Identification de l'établissement

2. Identification du médecin

Nom, prénom :

Numéro de pratique :

3. Modalités de participation [Voir la description détaillée des AMP en cliquant sur ce lien](#)

Type d'activités : Urgence

Volume d'activités : 150 quarts de garde de 8 heures par année

Date d'entrée en fonction (au besoin) :

Commentaires :

4. Autres renseignements

5. Nom et signature du directeur des services professionnels ou du représentant de l'établissement

Nom, prénom :

Signature électronique du DSP

Date

VEUILLEZ, S'IL VOUS PLAÎT, RETOURNER CE FORMULAIRE NUMÉRISÉ À L'ADRESSE SUIVANTE :

drmg.agence16@ssss.gouv.qc.ca

Version corrigée en avril 2018