



## MODIFICATIONS À UN GMF

### FORMULAIRE POUR L'ARRIVÉE OU LE DÉPART D'UN MÉDECIN

#### ARRIVÉE D'UN OU PLUSIEURS MÉDECIN(S)

**SI INCOMPLET, CE FORMULAIRE VOUS SERA RETOURNÉ**

Nom/ Prénom du médecin	# de permis	Date d'arrivée	Nombre moyen (0.5 à 5) jours travaillés par semaine
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____

#### DÉPART D'UN OU PLUSIEURS MÉDECIN(S)

Nom/ Prénom du médecin	# de permis	Date du départ
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____

Nom du GMF : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médecin responsable : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Faire parvenir ce formulaire à : [comiteparitaire-gmf@fmoq.org](mailto:comiteparitaire-gmf@fmoq.org); [comite.paritaire.fmoq@msss.gouv.qc.ca](mailto:comite.paritaire.fmoq@msss.gouv.qc.ca)