

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE RAPATRIEMENT D'UN·E USAGER·ÈRE VERS LE GAMF DE SON LIEU DE RÉSIDENCE

1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

DATE

ANNÉE

MOIS

JOUR

NOM : _____ PRÉNOM : _____

NO TÉLÉPHONE* : Cellulaire : _____ Ligne fixe (domicile) : _____ Autre : _____

NUMERO D'ASSURANCE MALADIE* : _____

ADRESSE DE RÉSIDENCE : _____ VILLE : _____
(Numéro et rue)

CODE POSTAL* : _____

COURRIEL : _____

Est-ce que la personne a un·e répondant·e ? OUI NON

SI OUI, veuillez indiquer le numéro d'assurance maladie du·de la répondant·e : _____

2. IDENTIFICATION DU·DE LA PROFESSIONNEL·LE

NUMÉRO DE PRATIQUE : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

3. ATTRIBUTION COLLECTIVE

- J'accepte d'être attribué·e à une inscription collective
 Je refuse d'être attribué·e à une inscription collective

4. CONSENTEMENT VERBAL DE L'USAGER·ÈRE

Je consens à être inscrit·e au Guichet d'accès à un·e médecin de famille du territoire de mon adresse de résidence. Je comprends que je continuerai à être pris(e) en charge par mon·ma médecin actuel·le dans l'attente d'une attribution à un·e médecin de famille du territoire de mon lieu de résidence.

5. SIGNATURE DE L'USAGER·ÈRE

DATE

ANNÉE

MOIS

JOUR

6. ACHEMINEMENT DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

- Merci de retourner ce formulaire au GAMF à l'adresse courriel gamf.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur au numéro 514-527-2604.
- Pour effectuer un changement d'adresse, vous devez utiliser le Service québécois de changement d'adresse, en utilisant le lien suivant : <https://www.adresse.gouv.qc.ca/inscrire/FormulaireChangementAdresse.aspx?Etape=0>
- Pour plus d'information, veuillez contacter le personnel administratif du GAMF au 514-527-2318 et choisir l'option 2.

*CHAMPS OBLIGATOIRES