

AVIS DE DÉSISTEMENT au PREM 2025 en omnipratique

Je soussigné,, no de pratique :,
médecin omnipraticien ayant présenté le/...../..... (jour, mois, année) une
demande d'obtention d'avis de conformité au PREM de la région de Montréal pour le
RLS :, déclare par la présente
me désister de cette demande.

En foi de quoi j'ai signé à, ce/...../..... (jour, mois, année).

Signature

Adresse courriel :

Téléphone :