Québec

DTMF
ENSEMBLE, UNE ÎLE EN SANTÉ

Santé Québec
Département territorial de médecine familiale de Montréal

AVIS DE DÉSISTEMENT au PTEM 2027 en omnipratique

Je soussigné, ……., no de pratique : ……., médecin omnipraticien ayant présenté le ……/……/…….. (*jour, mois, année*) une demande d'obtention d'avis de conformité au PTEM 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 :