

DEMANDE DE REPORT DE DÉBUT DE PRATIQUE – PREM 2025

IDENTIFICATION DU MÉDECIN			
Nom		No de pratique	
Courriel		Téléphone	
RLS d'appartenance du PREM			

DATE DE REPORT	
<i>Un report est admissible pour une période maximale de 6 mois, non renouvelable, tel que prévu à l'article 5.06 de l'entente particulière sur les PREM</i>	
Date de début de pratique souhaitée (JJ/MM/AAAA)	

MOTIFS JUSTIFICATIFS

SIGNATURE DU MÉDECIN DEMANDEUR				
NOM ET PRÉNOM	SIGNATURE	ANNÉE	MOIS	JOUR

CONFIRMATION ET ACCEPTATION DU DTMF/PERSONNE RESPONSABLE				
NOM ET PRÉNOM	SIGNATURE	ANNÉE	MOIS	JOUR

Veillez retourner ce formulaire dûment complété à l'adresse : [13 CISSS LAV DTMF: dtmf.ciSSLav@ssss.gouv.qc.ca](mailto:dtmf.ciSSLav@ssss.gouv.qc.ca)