

Demande de résultats électroniques

Raison de la demande



Ajout d'abonné(s)



Ajout d'une clinique



Retrait d'abonné(s)



Modification d'abonné(s)

Identification

Nom de la clinique

Adresse civique

Numéro de prescripteur (si disponible)

Code postal

Ville

Lieu principal de pratique

Clinique susnommée

Autre

Nom

Date souhaité pour l'arrêt de l'envoi en
papier suite aux validation effectuées

Liste des praticiens concernés

Prénom	Nom	Num. Prescripteur RAMQ	Signature
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Date souhaitée d'entrée en vigueur

Abonné ou responsable de la clinique médicale

Prénom et nom de de famille

Adresse courriel

Date et signature