



BANQUE DE REMPLACEMENT

Formulaire d'inscription

Identification

Nom :

Numéro de CMQ :

Prénom :

Spécialité :

Adresse de correspondance :

Établissement principal de pratique professionnelle :

Téléphones

Hôpital :

Domicile :

Télécopieur :

Bureau :

Courrier électronique :

Périodes préférées de l'année

Janvier		Juillet	
Février		Août	
Mars		Septembre	
Avril		Octobre	
Mai		Novembre	
Juin		Décembre	

En dehors des périodes indiquées, vous pouvez me contacter

OUI NON

Préférences

Indiquer les régions, s'il y a lieu

Indiquer les centres hospitaliers, s'il y a lieu

Césarienne : OUI NON

Description des restrictions quant à la nature du travail, s'il y a lieu

Signature du médecin : _____ Date : _____

Faire parvenir le formulaire à :
Johanne Duquette, FMSQ
(514) 350-5000 poste 260 – (Sans frais 1-800-561-0703)
Télécopieur (514) 350-5150

Fédération des médecins spécialistes du Québec
2, Complexe Desjardins, porte 3000
C.P. 216 succursale Desjardins
Montréal Qc H5B 1G8