

**Raison de la demande**

Ajout d'abonné(s)

Ajout d'une clinique

Retrait d'abonné(s)

Modification d'abonné(s)

*Si vous souhaitez à la fois ajouter et retirer un abonné, vous devez produire un formulaire séparé.***Clinique**

Nom de la clinique

Adresse

Numéro de prescripteur de la clinique *(si disponible)*

Code postal

Ville

**Lieu principal de pratique**

Clinique susnommée

Autre

Date souhaitée pour l'arrêt de l'envoi en  
papier suite aux validations effectuées**Liste des praticiens concernés**

Prénom	Nom	No d'exercice*	No 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"/>	<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 famille

Adresse courriel

Date et signature