



## Inscription à la banque régionale des médecins/IP SPL volontaires pour le **PQDCS**

Prénom et nom:	
Nom de la clinique :	
Adresse : _____ _____	
Téléphone : _____	poste (    )  Télécopieur : _____
Courriel :	
<input type="checkbox"/> OUI	<b>J'accepte de faire partie de la banque régionale des médecins/IP SPL volontaires. Mon rôle sera limité à la prise en charge de la mammographie de dépistage.</b> <small>Je comprends que ma participation à cette banque de médecins/IP SPL volontaires se fait dans le cadre du système de santé public du Québec et qu'aucun frais ne peut être facturé à la femme.</small>
<input type="checkbox"/> NON	Je ne veux pas faire partie de la banque régionale des médecins/IP SPL volontaires.
Signature :	Date :

Je vous remercie de votre collaboration au nom de toutes les femmes de la région.

Dre Jocelyne Chiquette  
Médecin responsable au CCSR

Veuillez nous retourner votre formulaire le plus tôt possible,  
par télécopieur au **418 682-7925**  
ou par courrier au **Centre de coordination des services régionaux (CCSR)**  
**1050, chemin Sainte-Foy, Bureau K2-17, Québec (Québec) G1S 4L8**