



Formulaire d'inscription pour les médecins

Centre de ressources pour les familles des militaires – Région de la capitale nationale

Oui, je souhaite participer au programme d'*Opération médecin de famille* et de soigner des familles de militaires.

Pour vous inscrire, remplissez ce formulaire et l'acheminer à *Opération médecin de famille*.

Nom du médecin : _____

Nom de la clinique : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Langues parlées : anglais français autre : _____

Sexe : femme homme

Bassin géographique : _____

Patients acceptés : enfants adolescents adultes

Renseignements additionnels : _____

Votre contribution envers Opération médecin de famille est grandement appréciée.

Veuillez adresser vos demandes de renseignements ou vos questions à :

Opération Médecin de Famille

CRFM- RCN

T: (613) 993-8671

F: (613) 993-5656

E : OFD@mfrfc-ncr.ca

Avertissement : « *Opération médecin de famille* » se limite à mettre en rapport les familles des FC avec des médecins disponibles. Le CRFM-RCN ne s'implique pas dans la relation patient-médecin une fois que les présentations ont été faites.