

**DEMANDE DE RÉSERVATION D'UNE CHAMBRE DANS LES APPARTEMENTS DE LA FMRQ
EN VERTU DE L'ANNEXE III DE L'ENTENTE COLLECTIVE DES MÉDECINS RÉSIDENT·E·S**

IDENTIFICATION DU RÉSIDENT OU DE LA RÉSIDENTE :

1. Nom : _____ 2. N° de carte de stage : _____
4. Spécialité : _____
5. Port d'attache (milieu principal de formation) : _____

INFORMATION SUR LE STAGE :

6. Stage : _____ 7. Période (s) : _____
8. Lieu du stage (établissement et ville) : _____
9. Je désire réserver une place dans un logement de la FMRQ et, ce faisant, j'autorise la FMRQ à recevoir directement le remboursement pour les frais d'hébergement encourus, comme prévu à l'annexe III de l'entente collective.

Signature du médecin résident
ou de la médecin résidente

Date

À L'ATTENTION DU DIRECTEUR OU DE LA DIRECTRICE DE PROGRAMME (obligatoire)

J'atteste que le stage effectué par le résident ou la résidente, tel que décrit ci-haut, est un stage obligatoire.

Nom du directeur ou de la directrice
programme

Signature du directeur ou de la directrice de
de programme

À L'ATTENTION DE LA FMRQ

1. Date de réception de la demande : _____
2. Date de confirmation de la demande : _____
3. Informations particulières :

Liliane Francoeur
lfrancoeur@fmrq.qc.ca
[514-282-0256](tel:514-282-0256) ou [1-800-465-0215](tel:1-800-465-0215)