

*Formulaire à remplir exclusivement par voie électronique, non manuscrit.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Renseignements sur le demandeur (titulaire de l'autorisation CMS)

Indiquez le nom et les coordonnées du demandeur (personne physique, personne morale ou société) qui demande une autorisation CMS.

Nom : _____

Numéro de permis au CMQ* ou NEQ** : _____ Téléphone : _____
 Adresse : _____ Cellulaire : _____
 Ville : _____ Courriel : _____
 Code postal : _____

*CMQ : Collège des médecins du Québec

**NEQ : Numéro d'entreprise du Québec

Renseignements sur le CMS

Indiquez le nom sous lequel le CMS sera exploité et les coordonnées du lieu aménagé pour l'exercice des traitements médicaux spécialisés :

Nom : _____ Téléphone : _____
 Adresse : _____ Courriel : _____
 Ville : _____ Site Web : _____
 Code postal : _____

Quelle date est envisagée pour l'ouverture du CMS? _____

Oui Non

Est-ce qu'il y a un autre CMS dans l'immeuble où vous comptez exercer vos traitements médicaux spécialisés?

Si oui, veuillez préciser le nom du CMS.

Le CMS serait-il situé dans une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux public ou privé?

Si oui, veuillez préciser le nom de l'établissement.

Renseignements sur le répondant

Indiquez le nom et les coordonnées du répondant du titulaire pour la demande d'autorisation CMS qui est autorisé à communiquer avec Santé Québec.

Nom : _____ Prénom : _____
 Fonction : _____ Téléphone : _____
 Courriel : _____ Cellulaire : _____

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES SUR LE DEMANDEUR

	Oui	Non
Est-ce que le demandeur détient déjà une autorisation CMS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que le demandeur a déjà détenu une autorisation qui a été non renouvelée ou révoquée?		
Si oui, indiquez-le(s) numéro(s) de l'autorisation et/ou le(s) nom(s) du CMS.		

ATTESTATION DE LA PROPRIÉTÉ DES INSTALLATIONS ET DE L'IDENTITÉ DE L'EMPLOYEUR

Je suis à titre de titulaire :	Oui	Non
Propriétaire des lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propriétaire des équipements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locataire des lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locataire des équipements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'employeur responsable du personnel requis pour l'exploitation du CMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) situation(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui,		

FORME D'EXPLOITATION DU CMS

Le CMS sera exploité suivant l'une ou l'autre des formes suivantes :

- Un CMS où exercent exclusivement des médecins soumis à l'application d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29).
- Un CMS où exercent exclusivement des médecins non participants au sens de la Loi sur l'assurance maladie.

DIRECTEUR MÉDICAL ET DES SERVICES PROFESSIONNELS

Renseignements sur le directeur médical et des services professionnels CMS

Indiquez le nom et les renseignements demandés du directeur médical et des services professionnels (DMSP) :

Nom : _____ Prénom : _____

Le cas échéant,
spécialité
(anesthésiologiste,
chirurgien,
ophtalmologiste,
etc.) _____ Numéro de
permis
CMQ : _____

Oui Non

Est-ce que le directeur médical et des services professionnels exercerait dans le CMS pour lequel la demande d'autorisation est effectuée?

Est-ce que le directeur médical et des services professionnels pratique ou pratiquera dans un autre CMS?

Si oui, indiquer lequel :

- Nom du CMS :
- Numéro de l'autorisation CMS :

Veillez remplir le tableau suivant de planification des présences de votre personnel :

PLAN DE PRÉSENCES						
Cocher cette case en cas de modification(s)			<input type="checkbox"/> Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)			
Unité	Agents administratifs	Anesthésiologistes	Infirmiers	Infirmiers auxiliaires	Inhalothérapeutes	Préposés aux bénéficiaires
Admission – pré-chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salle d'opération EXEMPLE	0	1	2,5	0	1	0,5
Salle #1 d'opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salle #2 d'opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salle #3 d'opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salle #4 d'opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salle #5 d'opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salle de réveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENGAGEMENT DE NON-SOLLICITATION DU PERSONNEL DU RSSS

En soumettant ce formulaire, le demandeur et les membres de son équipe s'engagent à ne pas solliciter, directement ou indirectement, le personnel du réseau public, quel que soit leur titre d'emploi.

Cette interdiction inclut, sans s'y limiter :

Sollicitations directes :

- Offres d'emploi transmises en personne, par téléphone, messagerie texte, courriel ou tout autre moyen de communication.
- Échanges verbaux incitant un employé à quitter son poste.
- Toute forme de maraudage.

Sollicitations indirectes :

- Utilisation d'intermédiaires pour approcher un employé.
- Affichage d'offres d'emploi dans les locaux de tout CISSS, CIUSSS ou sur des tableaux d'affichage publics ou privés.
- Publication d'annonces ciblées visant à attirer des employés identifiables.

Exception : Cette clause ne s'applique pas aux offres d'emploi générales diffusées via des plateformes publiques comme le site internet de l'entreprise, Jobboom, LinkedIn ou tout autre média dédié, à condition que ces annonces ne ciblent pas spécifiquement des employés du secteur public.

Nom en lettres moulées

Signature du représentant légal

Date

**PRÉCISIONS SUR LES TRAITEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS,
 LES CAPACITÉS EN LIT(S) ET EN SALLE(S) OPÉRATOIRE(S)**

Traitements médicaux spécialisés dispensés dans le CMS

Cochez les types de traitements médicaux spécialisés pour lesquels l'autorisation CMS est demandée.

TRAITEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS PRÉVUS PAR LA LOI

<input type="checkbox"/>	00.	Arthroplastie-prothèse de la hanche (seulement pour les CMS non participatifs)
<input type="checkbox"/>	01.	Arthroplastie-prothèse du genou (seulement pour les CMS non participatifs)
<input type="checkbox"/>	02.	Extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intraoculaire
<input type="checkbox"/>	03.	Chirurgies maxillo-faciales ou buccales

TRAITEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS DISPENSÉS SANS ÉGARD AU TYPE D'ANESTHÉSIE

1. Chirurgies esthétiques

<input type="checkbox"/>	1.1	Liposuction
<input type="checkbox"/>	1.2	Lipoinjection

**TRAITEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS DISPENSÉS SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE OU SOUS ANESTHÉSIE RÉGIONALE DU
 TYPE TRONCULAIRE OU DU TYPE BLOC À LA RACINE D'UN MEMBRE, EXCLUANT LE BLOC DIGITAL**

3. Chirurgies mammaires

<input type="checkbox"/>	3.1	Mastectomie chez la femme et chez l'homme
<input type="checkbox"/>	3.2	Exérèse de prothèse/capsulectomie
<input type="checkbox"/>	3.3	Augmentation mammaire
<input type="checkbox"/>	3.4	Réduction mammaire
<input type="checkbox"/>	3.5	Autre reconstruction mammaire

4. Chirurgies esthétiques

<input type="checkbox"/>	4.1	Lipectomie abdominale
<input type="checkbox"/>	4.2	Abdominoplastie/redrapage cutané (autres régions)
<input type="checkbox"/>	4.3	Rhytidectomie (modelage facial)

5. Chirurgies orthopédiques

<input type="checkbox"/>	5.1	Chirurgie pour lésions bénignes des os, muscles, ligaments, tendons, bourses synoviales et fascias et arthroplastie d'hallux
<input type="checkbox"/>	5.2	Exérèse de fil, clou, plaque et vis
<input type="checkbox"/>	5.3	Arthrotomie ou arthroscopie diagnostique ou thérapeutique, excluant la colonne vertébrale
<input type="checkbox"/>	5.3.1	Discoïdectomie ou laminectomie
<input type="checkbox"/>	5.4	Chirurgie pour maladie de Dupuytren
<input type="checkbox"/>	5.5	Chirurgie pour tunnel carpien

<input type="checkbox"/>	5.6	Reconstruction ligamentaire du genou
<input type="checkbox"/>	5.7	Acromioplastie, reconstruction de la coiffe
<input type="checkbox"/>	5.8	Arthroplastie-prothèse de l'épaule, du coude ou du poignet
6. Chirurgies oto-rhino laryngologiques et cervico-faciales		
<input type="checkbox"/>	6.1	Chirurgie du nez pour lésions bénignes ou troubles respiratoires
<input type="checkbox"/>	6.2	Rhinoplastie, septoplastie et septorhinoplastie
<input type="checkbox"/>	6.3	Chirurgie des sinus
<input type="checkbox"/>	6.4	Sialendoscopie
<input type="checkbox"/>	6.5	Amenuisement des cornets
<input type="checkbox"/>	6.6	Myringotomie
7. Chirurgies des systèmes vasculaire et lymphatique		
<input type="checkbox"/>	7.1	Ligature, section et exérèse pour varices
<input type="checkbox"/>	7.2	Excision de ganglions superficiels
8. Chirurgies du système digestif		
<input type="checkbox"/>	8.1	Chirurgie des lèvres, de la bouche et de la langue pour lésions bénignes ou précancéreuses
<input type="checkbox"/>	8.2	Chirurgie ano-rectale pour fissure, fistule, hémorroïdes ou prolapsus
<input type="checkbox"/>	8.3	Excision de glandes salivaires pour lésions bénignes
<input type="checkbox"/>	8.4	Laparoscopie diagnostique
<input type="checkbox"/>	8.4.1	Endocholécystectomie
<input type="checkbox"/>	8.5	Chirurgie herniaire
<input type="checkbox"/>	8.6	Chirurgie bariatrique
9. Chirurgies gynécologiques		
	9.1	Exérèse de kystes, de tumeurs bénignes ou malignes
	9.1.1	Traitement à l'anse diathermique au niveau du col de l'utérus
	9.2	Plastie des petites et grandes lèvres
	9.3	Cure de cystocèle toute voie d'approche, entéroçèle ou rectocèle
	9.3.1	Colporraphie antérieure ou postérieure
	9.3.2	Marsupialisation
	9.4	Ligature tubaire toute voie d'approche
	9.5	Dilatation et curetage
	9.6	Hystérocopie diagnostique et thérapeutique
	9.7	Laparoscopie diagnostique et thérapeutique
	9.8	Hystérectomie vaginale simple
<input type="checkbox"/>	9.9	Salpingo-ovariectomie, salpingectomie ou ovariectomie toute voie d'approche

10. Chirurgies du système nerveux		
<input type="checkbox"/>	10.1	Chirurgie pour lésion ou réparation de nerfs périphériques
11. Chirurgies de l'appareil visuel		
<input type="checkbox"/>	11.1	Au laser
<input type="checkbox"/>	11.2	Kératectomie superficielle de la cornée
<input type="checkbox"/>	11.3	Exérèse de lésions cutanées de la paupière
<input type="checkbox"/>	11.4	Blépharoplastie
<input type="checkbox"/>	11.5	Tarsorrhaphie et séparation des paupières
<input type="checkbox"/>	11.6	Chirurgie pour strabisme
<input type="checkbox"/>	11.7	Chirurgie de la rétine
12. Chirurgies de l'appareil auditif		
<input type="checkbox"/>	12.1	Réparation d'oreilles décollées (prominauris)
13. Chirurgies à des fins de transsexualisme		
<input type="checkbox"/>	13.1	Vaginoplastie
<input type="checkbox"/>	13.2	Phalloplastie avec insertion de prothèse pénienne
<input type="checkbox"/>	13.3	Scrotoplastie avec insertion de prothèses testiculaires
14. Chirurgies cutanées		
<input type="checkbox"/>	14.1	Chirurgies pour abcès, tumeur, kyste, plaie, fistule superficielle ou profonde, glandes sudoripares, avec ou sans greffe, et débridement de plaie
<input type="checkbox"/>	14.2	Greffe
<input type="checkbox"/>	14.3	Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices
<input type="checkbox"/>	14.4	Exérèse avec ou sans plastie de sinus pilonidal
15. Biopsies mammaires		
<input type="checkbox"/>	15.	Biopsies mammaires
16. Chirurgies urologiques		
<input type="checkbox"/>	16.1	Urétéroscopie
<input type="checkbox"/>	16.2	Résection transurétrale de la prostate
<input type="checkbox"/>	16.3	Résection transurétrale de tumeur vésicale
<input type="checkbox"/>	16.4	Cure hydrocèle
<input type="checkbox"/>	16.5	Orchidopexie
<input type="checkbox"/>	16.6	Lithotomie
<input type="checkbox"/>	16.7	Lithotripsie
<input type="checkbox"/>	16.8	Néphrolithotomie

<p>Nombre de lits d'hébergement demandés Inscire, le cas échéant, le nombre de lits demandés pour l'hébergement de la clientèle du CMS (excluant les civières pour l'admission, le réveil et le transport des usagers). (Maximum de 10 lits au sein d'un même immeuble. À noter que les lits d'hébergement sont uniquement pour les CMS non participatifs).</p>	<input type="text"/>	Lits			
<p>Nombre de salles d'opération demandées Une salle d'opération est un espace aseptisé, ventilé selon les normes en vigueur et équipé pour des interventions chirurgicales majeures. Elle comprend ou peut comprendre des canalisations pour les gaz médicaux, une table d'opération et une table d'anesthésie. Les salles partiellement équipées, destinées à des interventions prévues par le règlement, doivent également être comptabilisées.</p>	<input type="text"/>	Salles			
<p>UTILISATION DES APPAREILS DE RADIOLOGIE</p>					
<p>Est-ce qu'un appareil de radiologie devrait être utilisé dans le cadre des traitements médicaux spécialisés que vous comptez dispenser?</p> <p>Si oui, lequel et pour quel traitement médical spécialisé ou quels traitements médicaux spécialisés?</p> <p>Si oui, nommez quel(s) appareil(s) de radiologie diagnostique spécifiques devraient être utilisé(s) et dans quel contexte :</p> <ul style="list-style-type: none"> En utilisation pré- et postopératoire En utilisation peropératoire Pour injection de médicaments Autres 	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<p>Est-ce que vous détenez un permis pour l'opération d'un laboratoire de radiologie diagnostique spécifique?</p> <p>Si oui, fournissez le nom du laboratoire et son numéro de permis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nom du laboratoire : • Numéro de permis : 	<table border="0"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

INCIDENCES SUR LE RÉSEAU PUBLIC

Décrire quelle sera l'incidence prévisible de l'embauche du personnel requis par le CMS sur le réseau public de santé et de services sociaux, et ce, tant sur le plan des effectifs médicaux et du personnel clinique non médical que sur le plan de l'organisation des services cliniques. Présenter des justifications appropriées.

PRÉSENTATION DU PROJET

Quelles sont les problématiques d'accès pour la population qui se trouveraient résolues par votre demande pour l'exercice des traitements médicaux spécialisés concernés?

STRUCTURE DE LA PERSONNE MORALE OU DE LA SOCIÉTÉ

Pour la personne morale ou la société qui demande l'autorisation CMS, indiquez toutes les catégories d'actions ou de parts conférant un droit de vote ainsi que le nombre total d'actions ou de parts émises, et ce, pour chaque catégorie d'actions ou de parts conférant un droit de vote.

Catégorie(s) d'actions ou de parts conférant un droit de vote	Total d'actions ou de parts émises

Pour la personne morale ou la société qui demande l'autorisation CMS, indiquez le nom et l'adresse de tous les actionnaires ou associés qui détiennent les actions ou les parts conférant un droit de vote. Pour chacun de ces actionnaires ou associés, veuillez indiquer la ou les catégories d'actions ou de parts conférant un droit de vote qu'il détient ainsi que le nombre et le pourcentage d'actions ou de parts détenues dans la personne morale ou la société.

Noms des actionnaires ou associés détenant des actions ou des parts votantes	Catégorie(s) d'actions ou de parts votantes détenues	N ^{bre} d'actions ou de parts votantes détenues	% d'actions ou de parts votantes détenues
Nom : _____ Numéro membre CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			
Nom : _____ Numéro membre CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			
Nom : _____ Numéro membre CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			
Nom : _____ Numéro membre CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			

Lorsque les actionnaires ou les associés du requérant de l'autorisation CMS sont des personnes morales ou des sociétés, veuillez compléter le tableau suivant en détaillant le nom de la personne morale ou société actionnaire et le nom de tous les actionnaires ou associés qui détiennent les actions ou les parts conférant un droit de vote de cette personne morale actionnaire. Pour chacun de ces actionnaires ou associés, veuillez indiquer la ou les catégories d'actions ou de parts conférant un droit de vote qu'il détient ainsi que le nombre et le pourcentage d'actions ou de parts détenues dans la personne morale ou la société actionnaire.

Nom de la personne morale ou société actionnaire et noms de tous les actionnaires ou associés	Catégorie(s) d'actions ou de parts votantes détenues	N ^{bre} d'actions ou de parts votantes détenues	% d'actions ou de parts votantes détenues
Nom : _____ Numéro membre _____ CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			
Nom : _____ Numéro membre _____ CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			
Nom : _____ Numéro membre _____ CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			
Nom : _____ Numéro membre _____ CMQ ou NEQ : _____ Adresse : _____			

*(Veuillez ajouter une page supplémentaire si nécessaire et l'annexer au formulaire).

**Conseil d'administration (CA) ou conseil de gestion interne (CGI)
de la personne morale ou de la société qui exploite le CMS**

Composition et règles du quorum

Le CA ou le CGI, selon le cas, de la personne morale ou de la société qui exploite le CMS est composé de _____ personnes, dont _____ sont des médecins. Ces médecins constituent en tout temps la majorité du quorum du CA ou du CGI, lequel est fixé à _____ administrateurs.

Veillez remplir le tableau ci-dessous.

Noms et prénoms des membres du CA ou du CGI	Profession	Numéro de permis CMQ	Le membre exerce sa profession dans le centre	
			Oui	Non
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est-ce que l'un des médecins membres du CA ou du CGI, selon le cas, a, dans les trois ans précédant la demande, vu son droit d'exercer la médecine limité ou suspendu ou avoir fait l'objet d'une radiation temporaire?

Si oui, nommez-le ou les médecins.

Est-ce que l'un des membres du CA ou plusieurs exercent dans un autre CMS?

Si oui, nommez-le ou les médecins concernés et le nom du CMS.

Est-ce que l'un des médecins membres du CA ou du CGI, selon le cas, a été reconnu coupable d'une infraction criminelle dans les cinq ans précédant la demande?

Si oui, nommez-le ou les médecins concernés.

ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES

En plus de respecter les autres conditions prévues à la Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux (chapitre G-1.021) (LGSSSS), le requérant et les membres du CA ou du CGI doivent confirmer à Santé Québec ce qui suit :

Déclaration du requérant :

Je déclare que le requérant de l'autorisation CMS :

Oui Non

- n'a pas été déclaré coupable, dans les trois ans précédant la demande, d'une infraction à la LGSSSS ou n'a pas une poursuite encore pendant pour une telle infraction;
- n'a pas été déclaré coupable, dans les cinq ans précédant la demande, d'une infraction criminelle ou n'a pas une poursuite encore pendant pour une telle infraction.

Si vous avez répondu non à l'une des deux questions mentionnées précédemment, une analyse supplémentaire devra être effectuée par Santé Québec et d'autres documents devront être transmis.

En foi de quoi, je signe cette déclaration,

Nom en lettres moulées

Signature du représentant légal

Date

Déclaration des membres du CA ou du CGI de la personne morale ou de la société requérante (à compléter pour chacun des membres) :

Je déclare, en tant que membre du CA ou du CGI :

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • ne pas avoir été déclaré coupable, dans les trois ans précédant la demande, d'une infraction à la LGSSSS ou ne pas avoir une poursuite encore pendant pour une telle infraction; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ne pas avoir été déclaré coupable, dans les cinq ans précédant la demande, d'une infraction criminelle ou ne pas avoir une poursuite encore pendant pour une telle infraction. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu non à l'une des deux questions mentionnées précédemment, une analyse supplémentaire devra être effectuée par Santé Québec et d'autres documents devront être transmis.

En foi de quoi, je signe cette déclaration,

Nom en lettres moulées

Signature membre du CA ou du CGI

Date

Nom en lettres moulées

Signature membre du CA ou du CGI

Date

Nom en lettres moulées

Signature membre du CA ou du CGI

Date

*(Veuillez ajouter une page supplémentaire si nécessaire et l'annexer au formulaire).

LISTE DE CONTRÔLE DES DOCUMENTS

Les documents que vous devez joindre à votre demande d'autorisation CMS sont énumérés ci-dessous. S'il manque des documents nécessaires, le formulaire de demande pourrait vous être retourné.

Cochez la case voulue lorsque le document est joint.

<input type="checkbox"/>	Formulaire de demande d'autorisation pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé (CMS)-1 ^{re} étape;
<input type="checkbox"/>	Résolution du CA ou du CGI, selon le cas, de la personne morale ou de la société autorisant la présentation de la demande d'autorisation CMS (gabarit en annexe, si nécessaire);
<input type="checkbox"/>	Copie de l'acte constitutif ou du contrat de société (selon le cas);
<input type="checkbox"/>	Copie de la convention entre actionnaires;
<input type="checkbox"/>	Copie des statuts ou amendements au contrat de société (selon le cas);
<input type="checkbox"/>	Si applicable, copie de l'entente conclue entre le titulaire de l'autorisation CMS et le dentiste permettant de fournir à leur clientèle, dans les installations du centre, les services nécessaires pour les chirurgies maxillo-faciales ou buccales;
<input type="checkbox"/>	Documents supplémentaires joints : le cas échéant, veuillez les spécifier :

DÉCLARATION

Le requérant qui demande l'autorisation CMS déclare :

- avoir pris connaissance de la Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux (LGSSSS), des règlements et des conditions qui y sont énumérées et attestent être en conformité avec ces exigences;
- ne pas être un failli non libéré;
- ne pas avoir été titulaire d'une autorisation CMS qui, dans les trois ans précédant la demande, a fait l'objet d'une révocation;
- avoir rempli l'ensemble des sections du formulaire et atteste que les renseignements fournis dans le présent document sont exacts;
- avoir joint à la présente demande les renseignements et documents exigés.

Nom en lettres moulées

Signature du représentant légal

Date

TRANSMISSION DE LA DEMANDE

À la demande de Santé Québec, le demandeur pourrait être appelé à transmettre d'autres documents ou renseignements nécessaires à l'analyse de la demande.

En cas d'omission de section(s) non complète(s), nous serons dans l'obligation de vous retourner celle-ci afin que vous puissiez apporter les correctifs et ajustements nécessaires à l'analyse de votre demande.

La demande d'autorisation pour l'exploitation d'un CMS – 1^{re} étape doit être transmise par courriel à l'adresse :

cms@sante.quebec

L'utilisation du genre masculin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discrimination

RÉSOLUTION

Extrait du procès-verbal d'une réunion du conseil d'administration ou du conseil de gestion interne de **INDIQUER LE NOM DE LA PERSONNE MORALE OU DE LA SOCIÉTÉ** exploitant le CMS **INDIQUER LE NOM DU CMS**, tenue le **INDIQUER LA DATE DE LA RÉUNION** et à laquelle il y avait quorum.

CLIQUER POUR
CLIQUER POUR
CLIQUER POUR

Il est (unanimentement) résolu :

- 1) d'autoriser la présentation de la demande ci-jointe auprès de Santé Québec;
- ET
- 2) de mandater **INDIQUER LE NOM DE LA PERSONNE MANDATÉE** pour effectuer toutes les démarches nécessaires pour donner suite à la présente résolution.

Extrait certifié conforme

Nom en lettres moulées

Nom en lettres moulées

Signature de la personne autorisée

Signature de la personne autorisée

Date

Date

Nom en lettres moulées

Nom en lettres moulées

Signature de la personne autorisée

Signature de la personne autorisée

Date

Date

Nom en lettres moulées

Nom en lettres moulées

Signature de la personne autorisée

Signature de la personne autorisée

Date

Date