



## FORMULAIRE DEMANDE D'ENTENTE DE SERVICES D'ANALYSES BIOMÉDICALES

- Nouvelle demande**       **Modification**

### 1- Catégorie de votre entreprise/organisation :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Résidence privée pour personnes âgées (RPA, CHSLD)                              | <input type="radio"/> Établissement du réseau public ( CH, CHU, CISSS, CIUSSS) |
| <input type="radio"/> Clinique Médicale privée (cabinet privé, centre de soins, centre communautaire) | <input type="radio"/> Pharmacie privée   |
| <input type="radio"/> Service de prélèvements exclusif (sur site ou à domicile)                       | <input type="radio"/> Laboratoire privé  |
| <input type="radio"/> Centre de recherche   |  |

### 2- Informations sur votre entreprise/organisation :

Nom de l'entreprise/organisation :		
No d'entreprise du Québec NEQ :		
Adresse où seront effectués les prélèvements :	Adresse 1	
	Adresse 2	
	Ville	
	Code Postal	
Adresse du siège social :	Adresse 1	
	Adresse 2	
	Ville	
	Code Postal	
Courriel (pour transmission des communiqués du laboratoire)		
Télécopieur (pour transmission des communiqués du laboratoire) :		
Nom du propriétaire, directeur général ou président :		
Nom de la personne ressource :		
Téléphone de la personne ressource : _____ poste :		
Courriel de la personne ressource :		





**8- Volumétrie journalière anticipée (prélèvements de biochimie, hématologie, microbiologie) :**

Journée	Nb de patients	Heure d'arrivée des prélèvements au laboratoire
lundi		
mardi		
mercredi		
jeudi		
vendredi		

Besoins additionnels : \_\_\_\_\_

**9- Volumétrie journalière anticipée (prélèvements de cytologie et de pathologie):**

Journée	Nb de patients	Heure d'arrivée des prélèvements au laboratoire
lundi		
mardi		
mercredi		
jeudi		
vendredi		

Besoins additionnels : \_\_\_\_\_

JE DÉCLARE PAR LA PRÉSENTE que les informations inscrites aux sections 1, 2, 3, 4, 5 et 6 ci-dessus sont justes. Notamment à la catégorie de mon entreprise/organisation, pour la transmission des communiqués.

JE M'ENGAGE à respecter la volumétrie indiquée, je comprends qu'elle devra être approuvée par le laboratoire et que je ne peux augmenter celle-ci sans l'accord du laboratoire.

Nom de la personne ayant complété le formulaire : \_\_\_\_\_

Acheminer le formulaire dûment complété par courriel à :  
entente.laboratoires@chudequebec.ca