Formulaire – Déclaration des heures additionnelles travaillées dans le cadre de la COVID-19 / FORM – Declaration of Additional Worked Hours during COVID-19 Pandemic

Médecins actifs et associés / Active and Associate Physicians

Semaine (du dimanche au samedi) : Week (from Sunday to Saturday):					
N° du fournisseur / ID# :		**Nom/Last Name :**		**Prénom / First Name :**	
Zone :		**Établissement/Facility :**			

LIEUX DES SERVICES (Centre d'évaluation, laboratoire, comité, unité COVID etc.) | LOCATION OF SERVICES (Assessment Centre, Lab, Committee, COVID Unit, etc.)	DATE DU SERVICE | DATE OF SERVICE	HEURES DES SERVICES (ex. 0730-1030) | TIME OF SERVICES (e.g. 0730-1030)	DURÉE DES SERVICES (Heures) | LENGTH OF SERVICES (Hours)	TYPE DE SERVICE | TYPE OF SERVICE

Dernière mise à jour/Last update : 2020-03-26

REMETTRE LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ AU BUREAU DES SERVICES MÉDICAUX
BRING COMPLETED FORM TO YOUR MEDICAL SERVICES OFFICE