



Ministry of Health
and Long-Term Care

EDT Registration
PO Box 68
Kingston ON K7L 5K1

Ministère de la Santé
et des Soins de longue durée

Inscription au TED
CP 68
Kingston ON K7L 5K1

**Interdisciplinary Health Provider (IHP)
Electronic Data Transfer (EDT)
Undertaking and Acknowledgement**

**Fournisseur interdisciplinaire de soins
de santé
Transfert électronique de données (TED)
Engagement et attestation**

The Ministry of Health and Long-Term Care's collection of the information on this form is necessary for the proper administration of the Primary Care Nurse Practitioner Program and Family Health Teams initiatives. The information will be used to assess, verify and monitor eligibility for payment and conduct program evaluations. For information about this collection, call 1 866 766-0266, in Toronto 416 325-3575, or write to the Director, Primary Health Care Branch, 80 Queen Street, 3rd Floor, Kingston ON K7K 6W7.

Les renseignements recueillis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée dans le présent formulaire sont nécessaires pour l'administration du Programme des infirmières praticiennes en soins primaires et des équipes de santé familiale. Ils serviront à évaluer, à vérifier et à contrôler l'admissibilité aux paiements et à procéder à l'évaluation des programmes. Pour en savoir plus sur la collecte des renseignements, composez le 1 866 766-0266 ou, dans la région de Toronto, le 416 325-3575 ou encore écrivez au directeur des Soins primaires, au 80, rue Queen, 3^e étage, Kingston ON K7K 6W7.

Solo/Group Provider Number / N^o de fournisseur individuel ou collectif _____

Name / Nom _____

Name (<i>please print</i>)/Nom (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Provider No./N ^o de fournisseur (if applicable/le cas échéant)	Date
Name (<i>please print</i>)/Nom (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Provider No./N ^o de fournisseur (if applicable/le cas échéant)	Date
Name (<i>please print</i>)/Nom (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Provider No./N ^o de fournisseur (if applicable/le cas échéant)	Date
Name (<i>please print</i>)/Nom (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Provider No./N ^o de fournisseur (if applicable/le cas échéant)	Date
Name (<i>please print</i>)/Nom (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Provider No./N ^o de fournisseur (if applicable/le cas échéant)	Date
Name (<i>please print</i>)/Nom (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Provider No./N ^o de fournisseur (if applicable/le cas échéant)	Date
Name (<i>please print</i>)/Nom (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Provider No./N ^o de fournisseur (if applicable/le cas échéant)	Date
Name (<i>please print</i>)/Nom (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Provider No./N ^o de fournisseur (if applicable/le cas échéant)	Date
Name (<i>please print</i>)/Nom (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Provider No./N ^o de fournisseur (if applicable/le cas échéant)	Date
Name (<i>please print</i>)/Nom (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Provider No./N ^o de fournisseur (if applicable/le cas échéant)	Date
Name (<i>please print</i>)/Nom (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Provider No./N ^o de fournisseur (if applicable/le cas échéant)	Date
Name (<i>please print</i>)/Nom (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Provider No./N ^o de fournisseur (if applicable/le cas échéant)	Date
Name (<i>please print</i>)/Nom (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Provider No./N ^o de fournisseur (if applicable/le cas échéant)	Date
Name (<i>please print</i>)/Nom (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Provider No./N ^o de fournisseur (if applicable/le cas échéant)	Date
Name (<i>please print</i>)/Nom (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Provider No./N ^o de fournisseur (if applicable/le cas échéant)	Date
Name (<i>please print</i>)/Nom (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Provider No./N ^o de fournisseur (if applicable/le cas échéant)	Date
Name (<i>please print</i>)/Nom (<i>en lettres moulées</i>)	Signature	Provider No./N ^o de fournisseur (if applicable/le cas échéant)	Date