

Présentation de preuves des patients Groupes de promotion des intérêts des patients – Formulaire d'inscription

Veillez renvoyer le formulaire d'inscription rempli et tout autre renseignement pertinent à l'adresse suivante : Programmes publics de médicaments de l'Ontario, Présentation de preuves des patients, 5700, rue Yonge, 3^e étage, Toronto ON M2M 4K5.

Par télécopieur : 416 327-8123. Par courriel : PatientSubmission.OPDP@ontario.ca

Section I

Nom de l'organisme

Adresse du bureau

N° d'unité	N° de la rue	Nom de la rue	Case postal
------------	--------------	---------------	-------------

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

N° de téléphone (y compris n° de poste)	Poste	N° de télécopieur (y compris n° de poste)
---	-------	---

Site Web

Principale personne-ressource

Nom de famille	Prénom	Middle Initial
----------------	--------	----------------

Deuxième personne-ressource (Au besoin)

Nom de famille	Prénom	Middle Initial
----------------	--------	----------------

Section II

L'organisme représente Les patients Les dispensateurs de soins Autre (préciser)

Nombre de membres	Principale méthode de communication avec les membres <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Autre (préciser)
-------------------	---

Énoncé de mission ou objet de l'organisme

Section III

<input type="checkbox"/> Sans but lucratif <input type="checkbox"/> Organisme de charité enregistré	Soutien financier ou subventions du gouvernement? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
---	--

Conflit d'intérêts potentiel – soutien financier ou subventions de compagnies pharmaceutiques?

Non Oui (Nom du ou des fabricants)