

**DEMANDE DE RÉSERVATION D'UNE CHAMBRE DANS LES APPARTEMENTS DE LA FMRQ EN  
VERTU DE L'ANNEXE III DE L'ENTENTE COLLECTIVE DES MÉDECINS RÉSIDENT·E·S**

**IDENTIFICATION DU RÉSIDENT OU DE LA RÉSIDENTE :**

1. Nom : \_\_\_\_\_ 2. N° de carte de stage : \_\_\_\_\_
4. Spécialité : \_\_\_\_\_
5. Port d'attache (milieu principal de formation) : \_\_\_\_\_

**INFORMATION SUR LE STAGE :**

6. Stage : \_\_\_\_\_ 7. Période (s) : \_\_\_\_\_
8. Lieu du stage (établissement et ville) : \_\_\_\_\_
9. Je désire réserver une place dans un logement de la FMRQ et, ce faisant, j'autorise la FMRQ à recevoir directement le remboursement pour les frais d'hébergement encourus, comme prévu à l'annexe III de l'entente collective.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin résident  
ou de la médecin résidente

\_\_\_\_\_  
Date

**À L'ATTENTION DU DIRECTEUR OU DE LA DIRECTRICE DE PROGRAMME (obligatoire)**

J'atteste que le stage effectué par le résident ou la résidente, tel que décrit ci-dessus, est un stage obligatoire.

\_\_\_\_\_  
Nom du directeur ou de la directrice  
programme

\_\_\_\_\_  
Signature du directeur ou de la directrice de  
programme

**À L'ATTENTION DE LA FMRQ**

1. Date de réception de la demande : \_\_\_\_\_
2. Date de confirmation de la demande : \_\_\_\_\_
3. Informations particulières :

\_\_\_\_\_  
[Logements@fmrq.qc.ca](mailto:Logements@fmrq.qc.ca)