|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOUVELLE INSCRIPTION** | | | | | | | | | | | | | **DEMANDE DE MODIFICATION \*** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | \* Le numéro d’identification ministériel (NIM) est obligatoire pour une modification | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOM DU DEMANDEUR :** | | | | | | | | | | | | | Membre du programme ASAQ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | Non-membre du programme ASAQ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Numéro d’identification ministériel (**NIM**) du demandeur | | | | | | | | | | | | | Numéro d’identification ministériel (**NIM**) de la clinique (s’il y a lieu) | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **COORDONNÉES DU DEMANDEUR** | | | | | | | | | | | | | **COORDONNÉES DE LA CLINIQUE (si différentes de celles du demandeur)** | | | | | | | | | | | | |
| Adresse : | | |  | | | | | | | | | | Adresse : | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
| Code postal : | | |  | | | | | | | | | | Code postal : | | |  | | | | | | | | | |
| Téléphone : | | |  | | | | | | | | | | Téléphone : | | |  | | | | | | | | | |
| Télécopieur : | | |  | | | | | | | | | | Télécopieur : | | |  | | | | | | | | | |
| Adresse courriel : | | | | |  | | | | | | | | Adresse courriel : | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **CHOIX DU MODE DE TRANSMISSION DES RAPPORTS DE LABORATOIRE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cochez **un seul choix** du mode de transmission permettant de recevoir les rapports de laboratoire du ministère (MAPAQ).  Pour les choix **1**, **3**, **7** ou **8**, l’enregistrement d’**au moins une** adresse courriel est obligatoire.  Pour le choix **5**, l’enregistrement d’**au moins deux** adresses courriels est obligatoire. | **No** | **Choix** |  |
| 0 | Poste : adresse demandeur  adresse clinique |  |
| 1 | Courriel au demandeur |  |
| 2 | Télécopie au demandeur |  |
| 3 | Courriel à la clinique seulement |  |
| 4 | Télécopie à la clinique seulement |  |
| 5 | Courriel au demandeur et à la clinique |  |
| 6 | Télécopie au demandeur et à la clinique |  |
| 7 | Courriel à la clinique et télécopie au demandeur |  |
| 8 | Courriel au demandeur et télécopie à la clinique |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Selon le mode de transmission sélectionné, veuillez indiquer la ou les adresses courriel supplémentaires. | | | | Courriel 1 : | | | | |
| Courriel 2 : | | | | |
| Courriel 3 : | | | | |
| J’atteste que les renseignements fournis sont exacts et qu’ils peuvent servir d’information au ministère de l’Agriculture, des Pêcheries et de l’Alimentation aux fins d’identification et de statistiques. Conformément aux stipulations du chapitre III de la Loi sur l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, le ministère de l’Agriculture, des Pêcheries et de l’Alimentation du Québec vous informe que les renseignements nominatifs recueillis sur cette fiche seront traités de façon confidentielle et ne seront communiqués qu’aux seules personnes ou organismes autorisés selon les modalités prévues à la Loi sur l’accès, article 67, 67.2 et 68.1. | | | | | | | | |
| **Signature du demandeur :** | |  | | | | **Date** |  | |
| Année mois jour | | | | | | | | |
| **TRANSMISSION DU FORMULAIRE** | | | | | | | | |
| RETOURNER À : | | **Direction de la coordination administrative**  200, chemin Sainte-Foy, 11e étage Québec (Québec) G1R 4X6  **Télécopieur : 418 380-2169**  **Courriel :** [asaq@mapaq.gouv.qc.ca](mailto:asaq@mapaq.gouv.qc.ca) | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
| **RÉSERVÉ À LA DIRECTION DE LA COORDINATION ADMINISTRATIVE ET DES SERVICES AUX CLIENTÈLES – MAPAQ** | | | | | | | | |
| **NIM (Numéro d’identification ministériel) :** | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
| **Approuvé par :** |  | | | | **Le** | | |  |
| Année mois jour | | | | | | | | |