



Mise à jour des coordonnées du cabinet

Retourner le formulaire complété par télécopieur au 514 252-0392

Quel formulaire DACnet utiliser?
Un denturologiste se joint au cabinet : Ne pas utiliser le présent formulaire. Utiliser le Contrat d'abonnement à DACnet pour ajouter un denturologiste à ce cabinet.
Un denturologiste quitte le cabinet : Utiliser le présent formulaire pour retirer le nom du denturologiste de ce cabinet. Utiliser le Contrat d'abonnement à DACnet pour ajouter ce denturologiste à un autre cabinet.
Le cabinet déménage ou ferme : Utiliser le présent formulaire afin d'indiquer la nouvelle adresse et la personne-ressource. Si tout le cabinet déménage là où il n'y avait pas de cabinet auparavant, il conserve le même numéro de cabinet DACnet.
Le cabinet est vendu : Utiliser le présent formulaire pour retirer le nom des denturologistes qui quittent ce cabinet. Utiliser le Contrat d'abonnement à DACnet pour ajouter les nouveaux denturologistes qui se joignent à ce cabinet et pour ceux qui le quittent pour un nouveau cabinet. Le cabinet conserve le même numéro DACnet à cette adresse.

1. Coordonnées actuelles du cabinet (Cette section doit être complétée.)

No DACnet du cabinet: ___ ___ ___ ___ Nom du cabinet _____
Personne-ressource : _____
Adresse 1: _____
Adresse 2: _____
Ville, province, code postal: _____
Téléphone: (____) _____ Télécopieur: (____) _____
Courriel du cabinet: _____ Logiciel utilisé: _____

2. Déménagement, fermeture ou toute autre modification du cabinet

Le cabinet: Ferme (Il n'y aura plus de cabinet de denturologiste à cette adresse.)
 Déménagement à une nouvelle adresse et tous les denturologistes de ce cabinet quittent vers d'autres cabinets. Indiquer ci-dessous, les nouvelles coordonnées ainsi que la date d'entrée en vigueur.
 Autre information. Indiquer ci-dessous, seulement les informations qui changent ainsi que la date d'entrée en vigueur. Compléter la section 3 afin de retirer un denturologiste du cabinet.

Nom du cabinet: _____
Adresse 1: _____
Adresse 2: _____
Ville, province, code postal: _____
Téléphone: (____) _____ Télécopieur: (____) _____
Courriel du cabinet: _____ Logiciel utilisé: _____
Entrée en vigueur: JJ ____ MM ____ AA ____

3. Compléter pour retirer un denturologiste de ce cabinet DACnet (Le denturologiste ne sera plus en mesure d'envoyer des demandes d'indemnisation électroniques.)

Denturologiste 1: Prénom: _____ Nom: _____
Numéro d'identification: _____ Effectif le : JJ ____ MM ____ AA ____
Denturologiste 2: Prénom _____ Nom: _____
Numéro d'identification: _____ Effectif le : JJ ____ MM ____ AA ____

4. Signer le formulaire complété et le retourner par télécopieur à DACnet au 514 252-0392. (Cette section doit être complétée.)

_____ JJ ____ MM ____ AA ____
Formulaire complété par _____ Signature autorisée (sans timbre de signature) _____ Date _____