

Vérification des Renseignements Bancaires

PROGRAMMES DE SUPPLÉANCE POUR LES SPÉCIALISTES DU NORD

Ce formulaire doit être rempli par les médecins suppléants pour le paiement direct lorsqu'ils participent aux Programmes de suppléance pour les spécialistes du Nord (PSSN). Ce formulaire doit également être rempli dès qu'un médecin suppléant met à jour ses renseignements bancaires, à des fins de paiements futurs.

Veillez indiquer si vous êtes un :

- Nouveau médecin qui établit le paiement Existing locum physician submitting updated information for payment.
- Médecin suppléant actuel qui présente des renseignements mis à jour pour le paiement.
- Ancien médecin suppléant (paiement reçu il y a plus d'un an), qui présente des renseignements bancaires mis à jour pour le paiement.

Les Programmes de suppléance pour les spécialistes du Nord (PSSN) sont administrés par l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario (APR PSO) au nom du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario. Les paiements sont émis par le MSSLD, conformément à leurs lignes directrices.

SECTION 1 : RENSEIGNEMENT DU DÉTENTEUR OU DE LA DÉTENTRICE DU COMPTE

Nom légal au complet (conformément à l'OMCO) : _____

No de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario : _____

No du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Adresse électronique : _____

Numéro de téléphone : _____

SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS DE LA SOCIÉTÉ

À remplir par les médecins qui créent un compte bancaire de la société seulement. Pour établir des paiements de PSSN à un compte personnel, veuillez vous rendre à la section 3.

Nom légal de la société au complet (conformément à l'OMCO) : _____

Numéro d'entreprise de l'ARC : _____

Conformément aux exigences de traitement du MSSLD, les Programmes de suppléance pour les spécialistes du Nord ne sont en mesure d'émettre des paiements qu'aux sociétés qui sont constituées en personne morale auprès de l'Ordre des médecins et des chirurgiens de l'Ontario. **Veillez fournir un document PDF des renseignements de votre société sur le site Web de l'Ordre des médecins et des chirurgiens de l'Ontario avec vos renseignements bancaires, à des fins de traitement.**

SECTION 3 : RENSEIGNEMENTS DE DÉPÔT DIRECT

Nom du détenteur ou de la détentrice du compte (ou nom de la société, le cas échéant) : _____

Nom de l'institution financière : _____

Adresse de la succursale de l'institution financière : _____

Ville : _____ Province : _____ Numéro de téléphone : _____

Numéro de succursale/transit : _____

Numéro d'institution : _____

Numéro de compte : _____

Le Chèque Annulé inclus ou Formulaire de dépôt direct inclus (si la société est constituée en personne morale, un chèque/formulaire de dépôt direct est exigé).

Conformément aux exigences de traitement du MSSLD, les Programmes de suppléance pour les spécialistes du Nord ne peuvent traiter que les chèques portant la mention « NUL » sur lesquels figurent les coordonnées dans le coin supérieur gauche du chèque. Veuillez vous assurer que cette section est remplie avant de présenter votre formulaire.

J'autorise, par la présente, que tout paiement pour services rendus par l'entremise des Programmes de suppléance pour les spécialistes du Nord soit effectué par dépôt direct au compte bancaire indiqué sur ce formulaire.

<p>_____</p> <p>Signature</p>	<p>_____</p> <p>Date</p>
--------------------------------------	---------------------------------

Veuillez présenter ce formulaire et tous les documents requis à l'adresse suivante :

Coordonnateur des activités, Programmes de suppléance pour les spécialistes du Nord
Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario
163, rue Queen Est, Toronto (Ontario) M5A 1S1
Courriel : norspec@healthforceontario.ca

Ce document est offert en format accessible sur demande : www.healthforceontario.ca/asc

Avis de collecte : Les renseignements personnels sont recueillis par l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario (APR PSO) en vertu de la Loi sur les sociétés de développement, Règlement de l'Ontario 249/07, article 3. Tous les renseignements recueillis dans le présent formulaire pourront être utilisés au besoin par l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario dans le cadre de la gestion adéquate des programmes de recrutement et de maintien en poste financés par le gouvernement, notamment l'évaluation de votre admissibilité à participer à ces programmes et à recevoir des sommes d'argent de ces programmes. Les renseignements fournis dans le présent formulaire pourront également être utilisés par l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario ou par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée dans le cadre de la gestion financière adéquate de ces programmes, ainsi que pour effectuer des recherches et évaluer les paramètres de ces programmes. Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements sur la collecte effectuée par l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario, veuillez communiquer avec le coordonnateur de l'information, Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario, 163, rue Queen Est, Toronto (Ontario) M5A 1S1, ou par téléphone au 416 862-2200 ou au 1 800 463-1270. Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements sur la collecte effectuée par le ministère, veuillez communiquer avec le directeur de la Direction des politiques du marché du travail du secteur de la santé, Division de la stratégie des ressources humaines dans le domaine de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 56, rue Wellesley Ouest, 12e étage, Toronto.