

1	Nom de famille	Prénoms	Homme <input type="checkbox"/>	Date de naissance		
			Femme <input type="checkbox"/>	A	M	J
2	Adresse postale					
	Téléphone ()			Télécopieur ()		
3	Specialty		Date of Certification	Certification Body		

COURTE DESCRIPTION DU SERVICE DE TÉLÉMÉDECINE PRÉVU

Concernant ma demande d'inscription sur la liste des prestataires de services de télémédecine au Nouveau-Brunswick, j'atteste ce qui suit :

1. Je suis présentement autorisé à exercer la médecine dans la province ou le territoire où je réside.
2. Je m'assurerai que mon permis reste valide pendant la période où je fournirai un service de télémédecine.
3. Mon permis ne comporte aucune restriction qui pourrait m'empêcher de fournir le service de télémédecine prévu.
4. Je souscris à une police d'assurance responsabilité professionnelle ou à une autre protection, comme l'Association de protection médicale, exigée en ce qui concerne le service de télémédecine prévu.
5. En fournissant le service de télémédecine, je ferai tous les efforts raisonnables pour respecter les lois, règlements, règles ou politiques qui s'appliqueraient si le service était fourni au Nouveau-Brunswick.
6. Comme condition préalable à la prestation du service, je n'exigerai pas qu'un habitant du Nouveau-Brunswick acquiesce à une renonciation concernant le choix des lois ou du lieu si des poursuites étaient engagées suite à la prestation du service.
7. Je reconnais que l'organisme de réglementation médicale de la province ou du territoire où je réside a qualité pour étudier toute plainte qui pourrait résulter de la prestation de ce service.

Date _____

Signature de l'auteur de la demande