

## AVIS DE DÉSISTEMENT au PREM 2025 en omnipratique

Je soussigné, ....., no de pratique : .....,  
médecin omnipraticien ayant présenté le ...../...../..... (jour, mois, année) une  
demande d'obtention d'avis de conformité au PREM de la région de Montréal pour le  
RLS : ....., déclare par la présente  
me désister de cette demande.

En foi de quoi j'ai signé à ....., ce ...../...../..... (jour, mois, année).

---

Signature

---

Adresse courriel :

---

Téléphone :