

Annexe A : Signature et accusé de réception du promoteur

Au nom de, et avec l'autorité du promoteur, je :

- certifie que les renseignements fournis à l'appui de ce formulaire de proposition sont véridiques, exacts et complets au meilleur de la connaissance du promoteur;
- confirme que le promoteur a ou aura la capacité financière et organisationnelle de gérer une équipe interdisciplinaire de soins primaires, tel qu'indiqué dans ce formulaire de proposition;
- reconnais qu'il ne s'agit pas d'un processus d'approvisionnement ou d'appel d'offres concurrentiel et que la sélection des candidats retenus pour le financement sera faite à la seule et entière discrétion du ministère de la Santé et de son mandataire, Santé Ontario;
- consens à la divulgation, sur une base confidentielle, du formulaire de proposition par le ministère aux personnes ou autres parties qui pourraient être requises aux fins d'examen de la proposition et/ou de gestion du processus de demande de propositions;
- consens à ce que le ministère vérifie tout renseignement fourni dans le cadre de ce formulaire de proposition et procède aux divulgations accessoires à cette fin;
- comprends que le ministère et son mandataire, Santé Ontario, peuvent divulguer tout renseignement recueilli dans cette proposition si cela est requis par la *Loi provinciale sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* ou autrement requis par la loi ou par un tribunal; et
- comprends que le ministère et son mandataire, Santé Ontario, exigeront que les promoteurs retenus signent une entente de transfert de paiement précisant les modalités relatives à tout financement, y compris les modalités concernant la vérification, la production de rapports et la responsabilisation, comme condition préalable à la réception du financement.

Fait à (lieu) : _____ en ce _____ jour de _____, 20_____.

<i>Signature du signataire autorisé</i> <hr/> <hr/>	<i>Signature du deuxième signataire autorisé (si nécessaire)</i> <hr/> <hr/>
<i>Titre</i> <hr/> <hr/>	<i>Titre</i> <hr/> <hr/>
<i>Nom en caractères d'imprimerie</i> <hr/> <hr/>	<i>Nom en caractères d'imprimerie</i> <hr/> <hr/>
<i>Numéro de téléphone</i> <hr/> <hr/>	<i>Numéro de téléphone</i> <hr/> <hr/>