

BULLETIN DE MISE EN CANDIDATURE

Comité régional sur les services pharmaceutiques de l'Outaouais

Section I – Mise en candidature

Nom et prénom

Sexe

M F

Adresse du lieu d'exercice principal

Ville

Code postal

Téléphone (du lieu d'exercice principal)

Téléphone (autre)

Collège de désignation

- Pharmacien(ne) propriétaire
 Pharmacien(ne) qui exerce sa profession dans une pharmacie communautaire
 Pharmacien(ne) qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement

Numéro de permis

En foi de quoi, j'ai signé à _____ le _____

Signature du/de la candidat(e)

Section II – Appuis à la candidature

J'appuie la candidature :

Nom et prénom

Signature

Numéro de permis

Section III – Acceptation du président d'élection

CANDIDATURE ACCEPTÉE

CANDIDATURE REFUSÉE

Motif(s) du refus:

Signature du président d'élection

Date

Fiche d'information sur un(e) candidat(e)

(Si vous manquez d'espace, joignez une autre feuille signée et datée)

Nom du/de la candidat(e) :

Profil du/de la candidat(e) (formation, occupation, expérience) :

Raisons motivant la candidature :

Implication sociale, communautaire, bénévole, etc. :

Autres informations pertinentes :

Consentement du/de la candidat(e) : j'autorise la diffusion des informations contenues à la présente fiche dans le cadre du processus de désignation pour lequel je pose ma candidature.

Date

Signature du/de la candidat(e)

Date

Signature du président d'élection