

**BULLETIN DE MISE EN CANDIDATURE**

**Comité régional sur les services pharmaceutiques des Laurentides**

**2e TOUR – AVIS DE POSTES À COMBLER**

Le bulletin dûment complété doit être transmis à la présidente d’élection adjointe au plus tard le **15 juin 2021 avant 16h30, par voie électronique.**

Mme Camille Harrigan, spécialiste en procédés administratifs

Courriel : [camille.harrigan.lddm@ssss.gouv.qc.ca](mailto:camille.harrigan.lddm@ssss.gouv.qc.ca)

Téléphone : 450 433-2777, poste 65364

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Section I – Mise en candidature** | | | |
| Nom et prénom du candidat  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |
| Sexe    M  F | Date de naissance  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| Adresse de la pratique professionnelle  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |
| Ville  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | Code postal  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Téléphone professionnel  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Adresse courriel professionnelle  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| Type de pratique  Pharmacien propriétaire \*\* UN (1) POSTE À COMBLER  Pharmacien exerçant sa profession dans le CISSS des Laurentides et étant membre actif du CMDP \*\* DEUX (2) POSTES À COMBLER | | Numéro de permis  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| En foi de quoi, j’ai signé à Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature du candidat | | | |
| **Section II – Appui à la candidature (ce pharmacien doit appartenir au même collège électoral que le pharmacien posant sa candidature)** | | | |
| J’appuie la candidature du candidat ci-haut :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Nom et prénom  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Signature  Numéro de permis  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |
| **Section III – Acceptation du président d’élection** | | | |
| **CANDIDATURE ACCEPTÉe  CANDIDATURE REFUSÉE**  Motif(s) du refus:  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Signature du président d’élection Date | | | |