

DEMANDE DE DIFFUSION D'OFFRE D'EMPLOI

Catégorie d'employeur : Établissement de santé du Québec Autre employeur

Nom de l'employeur : _____

Titre d'emploi : _____

AFFICHAGE INITIAL SUR LE SITE WEB

Si votre offre d'emploi n'a jamais été publiée sur le site de l'A.P.E.S., ou qu'elle a déjà été publiée mais que sa période d'affichage est terminée, veuillez remplir cette section.

Date de début de l'affichage : _____

Durée de l'affichage :

3 mois à partir de la date d'affichage

jusqu'au _____ inclusivement (max. 3 mois)

J'inclus mon offre d'emploi en format PDF d'une taille maximale de 2 Mo (aucun format Word ne sera accepté)

Note :

Vous devez faire parvenir votre demande au moins sept (7) jours de calendrier avant la date de début d'affichage souhaitée.

PROLONGATION DE LA DURÉE D'AFFICHAGE

Si votre offre d'emploi est présentement en ligne sur le site de l'A.P.E.S. et que vous souhaitez prolonger sa durée d'affichage au-delà de celle prévue initialement, veuillez remplir cette section.

N° de confirmation ou date de début de l'affichage initial (pour référence) : _____

Durée de la prolongation :

3 mois supplémentaires

jusqu'au _____ inclusivement (max. 3 mois)

Note :

Pour bénéficier de cette option, vous devez faire parvenir votre demande au moins 3 jours ouvrables avant la date de fin d'affichage indiquée sur le site Web.

RÉDUCTION DE LA DURÉE D'AFFICHAGE OU RETRAIT DE L'OFFRE D'EMPLOI

Si votre offre d'emploi est présentement en ligne sur le site de l'A.P.E.S. et que vous souhaitez réduire sa durée d'affichage par rapport à celle prévue initialement, veuillez remplir cette section.

N° de confirmation ou date de début de l'affichage initial (pour référence) : _____

Retirer l'offre d'emploi du site :

Maintenant ou dès que possible (l'offre sera retirée dans la journée ouvrable suivant la réception de la demande)

le _____
(l'offre sera affichée jusqu'à la date indiquée ci-dessus inclusivement)

PERSONNE À CONTACTER AU BESOIN

Nom : _____

Service : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

COORDONNÉES POUR LA FACTURATION

Numéro de commande : _____

Nom : _____

Service : _____

Courriel : _____

Adresse : _____

Confirmation de publication (section réservée à l'A.P.E.S.) **N° de confirmation** : _____

L'A.P.E.S. confirme que l'offre d'emploi soumise avec cette demande de diffusion sera :

 publiée sur son site Web à compter du _____ jusqu'au _____ inclusivement.

L'A.P.E.S. confirme que :

 la publication de votre offre d'emploi sera prolongée jusqu'au _____ inclusivement. votre offre d'emploi sera retirée du site Web le _____.

Une facture au montant de _____ \$ + taxes sera envoyée à l'adresse mentionnée ci-dessus.

2024-02-16



ANNEXE

FRAIS DE DIFFUSION

MODALITÉS DE DIFFUSION	FRAIS (EXCLUANT LES TAXES)		
	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC *		AUTRES TITRES D'EMPLOI OU FONCTION EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC OU AUTRES EMPLOYEURS
	PHARMACIENS, CHEFS OU CHEFS ADJOINTS D'UN DÉPARTEMENT DE PHARMACIE	ÉTUDIANTS	
Affichage initial sur le site Web (3 mois ou moins) (https://www.apesquebec.org/offres-emploi) Chaque offre d'emploi est présentée avec les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Catégorie d'emploi ; • Titre d'emploi • Nom de l'employeur ; • Région ; • Hyperlien vers l'offre d'emploi détaillée ; • Période d'affichage. 	150 \$	Gratuit	675 \$
Prolongation de l'affichage (3 mois ou moins) <ul style="list-style-type: none"> • Demande reçue au moins 3 jours ouvrables avant la date de la fin de publication • Demande reçue après la fin de publication ou moins de trois jours ouvrables avant la date de fin de publication 	Gratuit	Gratuit	225 \$ 675 \$

* Ces frais s'appliquent aux établissements de santé publics ou privés conventionnés uniquement pour les offres d'emploi de pharmacien, de chef du département de pharmacie, de chef adjoint du département de pharmacie ou d'étudiant en pharmacie. Des frais équivalents à ceux consentis aux autres employeurs s'appliqueront aux établissements de santé qui souhaitent afficher un emploi dans une autre catégorie d'emploi.