

**Instructions :**

1. Téléchargez le formulaire PDF.
2. Ouvrez le PDF avec [Adobe Acrobat Reader](#). (Application mobile disponible sur App Store et Google Play).
3. Remplissez et enregistrez le formulaire.
4. Retournez le formulaire enregistré par courriel à [info@apesquebec.org](mailto:info@apesquebec.org) avec "MAJ des renseignements" dans l'objet.

## Mise à jour des renseignements

Veuillez compléter seulement les sections qui concernent votre situation

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

No de permis de l'OPQ : \_\_\_\_\_

### Adresse de correspondance

Adresse utilisée par l'A.P.E.S. pour la correspondance postale. Si vous n'êtes pas membre actif, cette adresse sera également publiée dans le bottin des membres sur le site Web de l'A.P.E.S.

Domicile

Emploi principal

Emploi secondaire

### Courriels de correspondance

En vertu des statuts et règlements de l'A.P.E.S., chaque membre doit fournir une adresse de courriel valide pour recevoir les communications de l'A.P.E.S. Les courriels désignés comme courriels de correspondance seront utilisés par l'A.P.E.S. pour la correspondance électronique. Ils seront également publiés dans le bottin des membres sur le site Web de l'A.P.E.S.

Courriel personnel

Courriel à l'emploi principal

Courriel à l'emploi secondaire

### Je souhaite aviser l'A.P.E.S. d'un changement à mes coordonnées personnelles

Adresse résidentielle (no, rue) : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Cellulaire personnel : \_\_\_\_\_

Courriel personnel : \_\_\_\_\_

### Je souhaite aviser l'A.P.E.S. d'un changement d'emploi ou d'un nouvel emploi

#### Emploi principal

Établissement ou employeur : \_\_\_\_\_

Installation (port d'attache), s'il y a lieu<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

#### Fonction occupée

Pharmacien(ne)

Pharmacien(ne) en GMF

Chef de département I → Par intérim

Chef de département II → Par intérim

Chef de département III → Par intérim

Chef de département IV → Par intérim

Chef adjoint I

Chef adjoint II

Adjoint(e) au chef de département

Coordonnateur (trice)

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

#### Régime d'emploi

Temps complet → Permanent Temporaire

Temps partiel → Permanent Temporaire Occasionnel

Nombre d'heures régulières travaillées : \_\_\_\_\_ h/sem.

#### Coordonnées au lieu de travail principal

Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_ Cellulaire (si fourni par l'employeur) : \_\_\_\_\_

Téléavertisseur : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Il s'agit du site où vous exercez principalement vos fonctions (p. ex. : Hôpital X, Centre d'hébergement Y).

# Mise à jour des renseignements

Veillez compléter seulement les sections qui concernent votre situation

## Je souhaite aviser l'A.P.E.S. d'un changement d'emploi ou d'un nouvel emploi secondaire

### Emploi secondaire

Établissement ou employeur : \_\_\_\_\_

Installation (port d'attache), s'il y a lieu<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

#### Fonction occupée

Pharmacien(ne)			Pharmacien(ne) en GMF	
Chef de département I	→	Par intérim	Chef de département II	→ Par intérim
Chef de département III	→	Par intérim	Chef de département IV	→ Par intérim
Chef adjoint I			Chef adjoint II	
Adjoint(e) au chef de département			Coordonnateur(trice)	
Autre (préciser) : _____				

#### Régime d'emploi

Temps complet	→	Permanent	Temporaire	
Temps partiel	→	Permanent	Temporaire	Occasionnel
Nombre d'heures régulières travaillées : _____ h/sem.				

#### Coordonnées au lieu de travail secondaire

Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_ Cellulaire (si fourni par l'employeur) : \_\_\_\_\_

Téléavertisseur : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

## Je souhaite aviser l'A.P.E.S. d'un changement à ma situation d'emploi

Situation	Établissement	Date de début	Date de fin (si connue)
Congé de maternité	_____	_____	_____
Congé parental	_____	_____	_____
Congé sans solde	_____	_____	_____
Congé à traitement différé	_____	_____	_____
Congé de maladie	_____	_____	_____
Retraite progressive	_____	_____	_____
Autre (préciser) : _____			

<sup>1</sup> Il s'agit du site où vous exercez principalement vos fonctions (p. ex. : Hôpital X, Centre d'hébergement Y).

Veillez retourner le formulaire rempli à l'A.P.E.S. par courriel à [info@apesquebec.org](mailto:info@apesquebec.org), par télécopieur au 514 286-1081 ou par la poste au 4050, rue Molson, bureau 320, Montréal, H1Y 3N1.

## Mise à jour des renseignements

Veillez compléter seulement les sections qui concernent votre situation

### Je souhaite aviser l'A.P.E.S. d'une fin d'emploi dans l'établissement suivant :

Établissement : \_\_\_\_\_

Date de fin d'emploi : \_\_\_\_\_

### Raison du départ

Emploi dans un autre établissement

Emploi en pharmacie communautaire (salarié)

Emploi en pharmacie communautaire (propriétaire)

Déménagement hors-Québec

Consultation (dépannage)

Retraite

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

### J'ai obtenu récemment les diplômes ou certificats suivants :

B. Pharm. Date : \_\_\_\_\_

Pharm. D. (1<sup>er</sup> cycle) Date : \_\_\_\_\_

CPH, DPH ou M.Sc. en pharmacie Date : \_\_\_\_\_

Pharm. D. (2<sup>e</sup> cycle) Date : \_\_\_\_\_

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### Je souhaite informer l'A.P.E.S. de mes champs d'intérêt professionnel actuels

Anticoagulothérapie

Cardiologie

Chirurgie

Diabète

Douleur

Enseignement

Fibrose kystique

Gastroentérologie

Gériatrie

Gestion

Grefe

Hématologie

Autre(s) (préciser) : \_\_\_\_\_

Infectiologie

Interactions

Médecine interne

Néonatalogie

Néphrologie

Neurologie

Nutrition parentérale

Obstétrique

Oncologie

Ophtalmologie

Pédiatrie

Préparations magistrales

Préparations stériles

Produits de santé naturels

Psychiatrie

Recherche

Rhumatologie

Santé publique

Soins de première ligne

Soins intensifs

Soins palliatifs

Urgence

VIH-Hépatite

Veillez faire un maximum de six (6) choix parmi ces champs d'intérêt

Mis à jour le 30 janvier 2019

Veillez retourner le formulaire rempli à l'A.P.E.S. par courriel à [info@apesquebec.org](mailto:info@apesquebec.org), par télécopieur au 514 286-1081 ou par la poste au 4050, rue Molson, bureau 320, Montréal, H1Y 3N1.