

Formulaire de candidature

Obtention d'une franchise à titre de pharmacien.ne propriétaire

Veuillez remplir ce formulaire et le faire parvenir à l'adresse courriel du demandeur.

Date : _____

Coordonnées

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Cellulaire : _____

Courriel : _____

Informations personnelles

1. Combien d'années d'expérience avez-vous en tant que pharmacien.ne? _____

2. Avez-vous de l'expérience en tant que pharmacien.ne chef?

Oui Pendant combien d'années? _____

Non

3. Langues parlées et écrites :

Français : Connaissance de base Très bonne connaissance

Anglais : Connaissance de base Très bonne connaissance

Autre(s), veuillez préciser : _____

4. Lieu de travail actuel (bannière et adresse) : _____

5. Avez-vous déjà travaillé dans une succursale Brunet?

Oui Numéro(s) de la succursale _____

Non

6. Avez-vous déjà entamé un processus de présélection pour l'obtention d'une franchise Brunet?

Oui, quand et qui avez-vous rencontré? _____

Non, il s'agit de mes premières démarches.

7. Avez-vous déjà entamé un processus de présélection pour l'obtention d'une franchise auprès d'une autre bannière?

Oui Si oui, avec quelle bannière ? _____

Non, il s'agit de mes premières démarches.

8. Avez-vous déjà été franchisé.e/ propriétaire d'une pharmacie?

Oui Si oui, de quelle bannière et pendant combien d'années? _____

Non

9. Pourquoi avez-vous choisi d'être pharmacien.ne et pourquoi désirez-vous devenir pharmacien.ne propriétaire?

10. Qu'est-ce que vous aimez du concept de Brunet en général?

11. Comment voyez-vous le rôle d'un.e franchisé.e Brunet dans sa pharmacie?

12. Avez-vous de l'expérience en gestion de ressources humaines? Si oui, dans quel(s) contexte(s)?

13. Avez-vous de l'expérience en gestion de projets? Si oui, dans quel(s) contexte(s)?

Informations relatives au projet

14. Quel(s) type(s) de pharmacie recherchez-vous?

- Brunet
- Brunet Plus (produits de santé et de beauté & produits dermocosmétiques)
- Brunet Clinique (pharmacie plus petite)

15. Quand seriez-vous disponible pour exploiter une franchise Brunet?

16. Voulez-vous en faire l'acquisition :

- Seul?
- En partenariat? Si oui, avec qui? _____

a. Comment voyez-vous la complémentarité avec cette personne?

b. Donnez-nous des exemples de projets sur lesquels vous avez collaboré.

c. Si vous aviez le choix, préféreriez-vous acheter seul(e) une succursale?

d. Dans le cas où une seule personne est qualifiée, que feriez-vous? Désirez-vous poursuivre les démarches seules?

17. Par quelles régions géographiques seriez-vous davantage intéressé?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Toutes les régions | <input type="checkbox"/> Îles-de-la-Madeleine |
| <input type="checkbox"/> Abitibi-Témiscamingue | <input type="checkbox"/> Lanaudière |
| <input type="checkbox"/> Bas-Saint-Laurent | <input type="checkbox"/> Laurentides |
| <input type="checkbox"/> Centre-du-Québec | <input type="checkbox"/> Laval |
| <input type="checkbox"/> Charlevoix | <input type="checkbox"/> Mauricie |
| <input type="checkbox"/> Chaudière-Appalaches | <input type="checkbox"/> Montérégie |
| <input type="checkbox"/> Côte-Nord | <input type="checkbox"/> Montréal |
| <input type="checkbox"/> Estrie | <input type="checkbox"/> Outaouais |
| <input type="checkbox"/> Gaspésie | <input type="checkbox"/> Québec |
| | <input type="checkbox"/> Saguenay/Lac-Saint-Jean |

Commentaires :

18. Est-ce que vous désirez donner votre candidature pour une ou des succursales précises? Si oui, nous spécifier le(s) numéro(s) de succursale et/ou leur adresse.

19. Avez-vous informé le pharmacien.ne propriétaire à votre lieu de travail actuel de votre désir à devenir pharmacien.ne propriétaire?

Oui

Non Veuillez expliquer pourquoi :

20. Commentaires personnels quant à votre candidature : _____
