

Application Prime: Offre d'emploi et envoi massif électronique

RENSEIGNEMENT PERSONNELS		
Nom:	Téléphone:	
Nom d'Entreprise:	Extension:	
Adresse postale:		
Ville:	Province:	Code Postal:
Courriel:		

RENSEIGNEMENT DÉTAILLÉS DE VOTRE SOUMISSION
Envoi massif-électronique
Titre de sujet:
Offre d'emploi
Indiquez le poste d'emploi annoncé * (Veuillez vous assurer que vous utilisez le bon titre professionnel)

****** Comme l'organisme national agissant pour le compte d'échographiste partout au pays, Échographie Canada croit fermement qu'il est dans l'intérêt de la profession et du système canadien de soins de santé que la nomenclature utilisée pour décrire notre profession et ses praticiens est appliquée uniformément dans tous les cas afin que toutes les parties prenantes, étudiants potentiels aux éducateurs, praticiens, organismes de réglementation et d'autres à travers le système de santé ont une connaissance et une compréhension de ce qu'on entend quand quelqu'un fait référence à la profession. À cet égard, nous encourageons l'utilisation de « Échographie médicale diagnostique » ou « Échographie » pour décrire la profession et « Échographie médicale diagnostique » ou « Échographiste » pour décrire le praticien.

INFORMATION SUPPLÉMENTAIRES

- Le contenu des annonces d'emploi doit donner priorité aux compétences d'identification d'Échographie Canada.
- Nous ne faisons pas de publicité pour les cours de préparation aux examens ou les cours d'admission à la profession.

Application Prime: Offre d'emploi et envoi massif électronique

INFORMATION DE PRIX:	
☐	Affichage sur le site Web et envoi massif électronique \$800 + taxes applicable
Les taxes s'appliquent à tous les frais à l'exception de l'extérieur du Canada (aucune tax) :	
C-B, MB - 7% TVQ+ 5% TPS	ON - 13% TVH
AB, SK, QC, NT, YT - 5% TPS	NB, NE, T.N.L., Î.P.E - 15% TV

MODALITÉ DE PAIEMENT	
☐ Cheque (À l'ordre d'Échographie Canada; nous n'acceptons PAS de chèques postdatés)	
☐ Mandat poste	
☐ MasterCard ☐ VISA	Montant:
Numéro Carte de Crédit: - - - _____	Date d'expiration: Code de sécurité ____ / ____ _____ Mois Année
Nom tel qu'il apparaît sur la carte de crédit	Signature du titulaire:

LISTE DE VÉRIFICATION V	
☐	Complété les Renseignements Personnel
☐	Paielement
☐	Document Word de publicité (jointe au courrier électronique)
☐	Envoyez par courriel l'application à l'adresse fournie ci-dessous. S'il vous plaît envoyer à: info@sonographycanada.ca

Boîte Postale 1220, Kemptville, ON K0G 1J0 | Téléphone sans frais: 1-888-273-6746 / Télécopieur sans frais: 1-888-743-2952 | www.sonographycanada.ca

Suivez nous sur  [Sonography Canada - Échographie Canada](#)