



CannTrust™

Envoyez l'application par la poste,
télécopieur ou par courriel:
B.P. 92068
9200 Weston Road
Vaughan, Ontario, L4H 3J3
Télécopieur: 1-844-295-6641
Courriel: customerservice@canntrust.ca
1-855-RX4-CANN (794-2266)
www.canntrust.ca

Formulaire de modification pour votre nom/sexe/date de naissance Version 2.1 Février 2018

Complétez cette formulaire pour modifier l'information du patient

Section 1 - Information du Patient

Tous les champs marqués* sont obligatoire

Nom Complet:*

Prénom Surnom

Date de naissance:* Mois Jour Année

Sexe:* Homme Femme Numéro d'identification du patient

Raison pour modification*

Changement de nom légal

Changement de sexe

Changement de date
de naissance

Nouvelle information:*

*En cochant cette case, je consens à inclure sur une fiche séparée, la documentation requise pour valider mes changements d'information ci-dessus. (permis de conduire, carte de santé, passport, certificat de changement de nom légal ou certificat de mariage)

Section 2 - *IMPORTANT* - VEUILLEZ LIRE ET SIGNER CI-DESSOUS

Le patient ou soignant pour le patient doit lire et reconnaître ce qui suit:

Le patient est ordinairement un résident du Canada.
Les renseignements figurant dans la demande et le document médical sont exacts et complets.
Le document médical n'est pas utilisé pour demander ou obtenir de la cannabis séchée d'une autre source.
Le document médical a été joint à cette demande.
Le patient consommera la cannabis séchée pour ses propres besoins médicaux.
Si vous êtes titulaire d'une autorisation de possession accordée en vertu du RACFM et que vous vous inscrivez auprès de CannTrust™, sachez qu'une fois inscrit, l'original de votre autorisation sera remis à Santé Canada.
Le patient reconnaît et convient qu'il consommera la cannabis médicale obtenue auprès de CannTrust™ à ses propres risques et qu'il dégage CannTrust™ (et ses partenaires, dirigeants, fournisseurs, administrateurs et employés) de toutes réclamation, poursuite, plainte et demande pour dommages, pertes ou blessures résultant directement ou indirectement de l'utilisation de la marijuana médicale séchée reçue de CannTrust™.
Le patient reconnaît et comprend que la sécurité d'emploi et les risques associés à l'utilisation du cannabis n'ont pas été pleinement étudiés et qu'une dose standard de cannabis médicale n'a pas encore été établie.
Le patient consent que le professionnel de la santé mentionné dans ce présent document divulgue des renseignements personnels sur la santé à CannTrust™ dans le but de se conformer aux exigences du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales (RACFM). Le patient comprend et convient qu'une exemplaire de la demande d'inscription et de consentement sera remis au professionnel de la santé nommé dans cette demande d'inscription.

Signature du patient/soignant* _____

Date*

jour/mois/année