



CannTrust™

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

Formulaire de modification du Praticien de Santé
Version 2.1 Février 2018

Complétez cette formulaire pour modifier votre adresse de livraison à l'adresse de ton praticien de santé, en votre nom

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

Section 2 - Information du Praticien de la Santé

Nom:*
Titre Prénom Surnom

Profession:* **Nom du clinique:***

de permis:*
Numéro de permis médicale Province autorisé à pratiquer

Adresse du bureau:*
numéro de l'unité Adresse 1 Adresse 2

Ville **Province** **Code Postal**

Contact:*
de téléphone du praticien # de télécopieur du praticien (obligatoire) adresse courriel du praticien

Section 3 - Déclaration d'autorisation

Je, vous autorisez de recevoir le cannabis au nom de
Nom de patient

Signature du Praticien de Santé* _____
(requis si vous consentez à recevoir votre cannabis au nom du patient)

Date *
jour / mois / année



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

Formulaire de modification du Praticien de Santé page 2

Version 2.1 Février 2018

Section 4 - *IMPORTANT* -VEUILLEZ LIRE ET SIGNER CI-DESSOUS

Le patient ou la personne responsable 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 medical original 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 que lorsque vous serez 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 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 la demande d'inscription.

Signature du patient/soignant* _____

Date *