



Formulaire de modification de l'adresse

Version 2.1 Février 2018

Complétez cette formulaire pour modifier votre adresse

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 d'adresse permanente
(primaire ou l'adresse d'expédition)

Changement d'adresse temporaire
(va seulement changer l'adresse postal)

Nouvelle Adresse: *

numéro d'appartement numéro de l'unité nom du rue

Ville Province Code Postal boîte postal (si applicable)

Section 2 - *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.

L'original 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 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 le 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 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 présente demande d'inscription.

Signature du patient/soignant* _____

Date*

jour/mois/année