



Envoyer la demande remplie par la poste ou télécopieur:
B.P. 92068-9200 Weston Road
Vaughan, Ontario L4H 3J3

1-855-RX4-CANN (794-2266) | Télécopieur: 1-844-295-6641 | www.canntrust.ca

Renseignements sur le Praticien de la Santé

Nom Complet: [Titre] [Prénom] [Surnom]

Profession: [] Fax: [] Téléphone: []

Numéro de permis [] Province autorisé à pratiquer []

Adresse 1: []

Adresse 2: []

Adresse de consultation (si différent de l'adresse pas dessus) []

Nom du patient: [Prénom] [Surnom]

Date de naissance: Mois [] Jour [] Année []

Adresse: []

Ville [] Province [] Code Postal []

Numéro de téléphone []

Diagnostic médical (facultatif) []

Nombre de grammes par jour [] pour le nombre de mois (jusqu'à 12 mois) []

Instructions spéciale: [] Jours Semaines Mois

[]

Remarque: la durée d'utilisation ne peut pas dépasser un an et débutera le jour où le document est signé par le Praticien de la Santé.

Je, [] confirme que les renseignements du document présent sont exacts et complets.

Nom complet du Praticien de la Santé

Signature de la personne responsable du patient _____ Date []

Réservé à l'usage interne: Verifié par: _____ Date: [] Signature: _____ Vérifié: [] Remarque: _____