

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU PATIENT



RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Veuillez noter que les renseignements personnels inclus dans le présent formulaire d'inscription doivent correspondre aux renseignements fournis dans le Document médical ou le Certificat d'inscription. Toute personne remplissant le formulaire d'inscription au nom du requérant est priée de remplir et signer les sections requises sous la rubrique « Aidant/Directeur de l'établissement/Professionnel de la santé ». Si vous avez besoin d'aide, veuillez communiquer avec notre service à la clientèle au 1-844-546-3633.

Prénom :		Nom :	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre		Date de naissance : (AAAA/MM/JJ)	
Courriel :		Téléphone :	Télécopieur : (OPTIONNEL)
Êtes-vous un ancien patient d'Emblem renouvelant son inscription? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – No de patient :		Êtes-vous un ancien combattant? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – No de carte de santé :	
Ne remplissez cette section que si vous utilisez un certificat d'inscription émis par le ministère de la Santé :			
Je m'inscris dans le but d'obtenir : (cochez tout ce qui s'applique)		<input type="checkbox"/> Approvisionnement intérimaire de cannabis séché <input type="checkbox"/> Huile de cannabis	

INFORMATION SUR L'EXPÉDITION/ADRESSE

Veuillez fournir l'adresse de résidence principale du requérant. La résidence principale doit être au Canada.

ADRESSE PRINCIPALE

Résidence privée Établissement

Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :

ADRESSE POSTALE

Utiliser l'adresse principale comme adresse postale

Ou adresse de l'aidant ou du professionnel de la santé où vous voulez que le produit soit expédié.		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :

- Adresse postale de l'aidant responsable du requérant
 Adresse postale du professionnel de la santé consentant à recevoir le cannabis au nom du requérant

AIDANT/DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT/PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

À remplir par l'« Aidant/Directeur de l'établissement/Professionnel de la santé ». Pour procurer une adresse postale, vous devez être un « Aidant/Directeur de l'établissement/Professionnel de la santé » conformément à la Loi sur le cannabis. L'« aidant » peut aider le requérant lors de toutes les étapes de l'inscription auprès d'Emblem et est responsable du requérant.

Type d'emplacement :		
<input type="checkbox"/> Aidant : Je suis responsable du requérant.		Autre, veuillez décrire :
<input type="checkbox"/> Directeur de l'établissement : J'atteste que l'établissement procure nourriture, hébergement ou autres services sociaux au requérant.		
<input type="checkbox"/> Professionnel de la santé : Je consens à recevoir le médicament au nom du requérant.		
Nom et type d'établissement (le cas échéant) :		Relation avec le patient :
Prénom :		Nom :
Sexe de l'aidant :		Date de naissance de l'aidant : (AAAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre		
Téléphone :	Télécopieur :	Courriel :
Signature* :		Date : (AAAA/MM/JJ)

*Signature exigée du directeur de l'établissement ou du professionnel de la santé recevant le médicament au nom du patient SEULEMENT.

AUTORISATION

En signant ci-dessous, le Requêteur ou l'Aidant du Requêteur déclare avoir lu et compris le présent document et atteste que le Requêteur réside au Canada. L'information contenue dans cette demande d'inscription et le Document médical ou le Certificat d'inscription l'accompagnant est correcte et complète. Le Document médical sur lequel repose cette demande d'inscription n'a pas, à la connaissance de la personne signant la déclaration, été altéré. Le Document médical ou le Certificat d'inscription n'est pas utilisé pour obtenir ou chercher à obtenir du cannabis médical auprès d'une autre source. Emblem DOIT recevoir le Document médical original pour finaliser l'inscription du Requêteur. Le Requêteur n'utilisera le cannabis médical qu'à des fins médicales personnelles. Le Requêteur comprend et reconnaît que le cannabis médical n'est pas actuellement approuvé comme produit pharmaceutique au Canada. Le Requêteur reconnaît et convient qu'il ou elle utilise le produit de cannabis médical obtenu auprès d'Emblem à ses propres risques et dégage Emblem (et ses partenaires, fournisseurs, agents, directeurs et membres du personnel) de tout recours, réclamation, plaintes et demandes pour dommages, perte ou blessure que ce soit découlant directement ou indirectement de l'usage de cannabis médical obtenu auprès d'Emblem. Le Requêteur consent à ce qu'Emblem recueille et divulgue des renseignements personnels nécessaires pour traiter cette demande d'inscription et pour traiter les commandes de cannabis médical conformément avec la politique relative à la vie privée d'Emblem (www.emblemcannabis.com/clientprivacypolicy). En signant ci-dessous, le Requêteur ou son Aidant reconnaît qu'il ou elle a lu et compris la présente entente et consens que : Emblem peut de temps à autres utiliser des renseignements personnels relatifs à la santé (c.-à-d. votre affection médicale, choix de produit) de façon anonyme et colligée à des fins de recherche et/ou de formation médicale. Nous pourrions aussi vous demander de remplir des sondages que nous utilisons à des fins de recherche, bien que vous ne soyez pas tenus d'y répondre. Le Requêteur consent à ce que son professionnel de la santé désigné dans le Document médical divulgue les renseignements personnels relatifs à la santé requis à Emblem afin de se conformer aux exigences de la Loi sur le cannabis. Le Requêteur ou l'Aidant comprend et consent qu'une copie de ce consentement et formulaire d'inscription pourrait être fournie au professionnel de la santé. En indiquant que le Requêteur est un ancien combattant, le Requêteur ou l'Aidant donne permission à Emblem de partager des renseignements personnels et de l'information sur les commandes avec le ministère des Anciens Combattants. Le Requêteur consent à ce qu'Emblem envoie des courriels, messages textes ou autres messages électroniques de la part d'Emblem ou de ses filiales, entreprises affiliées, commerces et partenaires commerciaux respectifs. Le Requêteur comprend qu'il peut retirer son consentement à tout moment. Le Requêteur reconnaît et consent par la présente qu'Emblem ne fait aucune déclaration ou garantie quant à la qualité ou conformité de quelque produit promotionnel ou auxiliaire fourni et/ou vendu par Emblem et dégage Emblem de toute responsabilité relativement à des dommages directs ou indirects qui pourraient découler de leur emploi. Veuillez noter que le formulaire de Confirmation de l'inscription constitue la preuve de possession licite de cannabis et que la Carte du patient que vous pourriez recevoir d'Emblem n'est pas une preuve de possession licite.

Autorisation du Requêteur Autorisation de l'Aidant responsable du Requêteur

Prénom :	Nom :
Signature :	Date : (AAAA/MM/JJ)