

Formulaire 01: FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU PATIENT

Avis Important

Veillez inclure le document médical original signé et daté par votre professionnel de la santé. La copie originale du document médical est requise pour terminer votre inscription.

INFORMATIONS DU PATIENT

Nom de famille du patient:	Prénom:	Deuxième prénom:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle
Vétérán (encerclez oui où non) : <input type="checkbox"/> Oui / Non <input type="checkbox"/>			# d'ACC:
Est-ce votre nom légal ?	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> M

RÉSIDENCE PRINCIPALE

Adresse:		No. de Téléphone: ()	
Boîte Postale:	Ville:	Province:	Code Postal:
Adresse Courriel:		Autre no. de téléphone:()	

ADRESSE POSTALE (SI DIFFÉRENTE DE LA RÉSIDENCE PRINCIPALE)

Adresse:			
Boîte postale:	Ville:	Province:	Code Postal:

ADRESSE DE LIVRASION (SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE POSTALE)

Adresse:			
Boîte Postale:	Ville:	Province:	Code Postal:

RESPONSABLE INDIVIDUEL DU PATIENT

(SI VOUS AVEZ UN SOIGNANT, VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION)

Personne Responsable ou Soignant(e)	Nom de famille du patient:	Prénom:	Deuxième prénom:
Date de Naissance: mm/jj/aa: / /	Genre: <input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> M		
Numéro de Téléphone: ()		Courriel (s'il s'applique):	
Je..... (Individuel(le) Responsable / Soignant(e)) est responsable pour.....(Nom du patient). Signature: Date:			

RENSEIGNEMENTS POUR LE PRATICIEN DES SOINS DE SANTÉ

Nom de famille du patient:	Prénom:	Deuxième prénom:	
Nom de la Clinique:			
Adresse de la Clinique	Adresse:	Ville:	Province: Code Postal:
Numéro de Téléphone: ()		Numero de Télécopie: ()	

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE LA PERSONNE RESPONSABLE

À remplir par le demandeur ou par une personne responsable du demandeur et mentionnée dans la présente demande. IMPORTANT: lisez attentivement toutes les déclarations ci-dessous avant de signer la demande. En signant ce document ci-dessous, le demandeur et / ou la personne responsable du demandeur atteste que:

- a) le demandeur réside habituellement au Canada;
- b) les informations contenues dans la demande et le document médical sont correctes et complètes;
- c) le document médical n'est pas utilisé pour rechercher ou obtenir des fleurs, des graines et des clones de cannabis d'une autre source;
- d) l'original du document médical accompagne la demande; et
- e) le demandeur utilisera la fleur, les graines et les clones de cannabis uniquement à ses propres fins médicales.

Le demandeur et / ou la personne responsable du demandeur reconnaissent que le cannabis à des fins médicales, ou le cannabis en général, n'est pas approuvé pour l'usage comme drogue, produit de santé naturel ou aliment au Canada, et que son utilisation de quelque nature que ce soit indique des indications, l'efficacité, l'innocuité et les risques n'ont pas été correctement identifiés ou étudiés, et la posologie appropriée n'est pas claire. Le demandeur et / ou la personne responsable du demandeur reconnaissent et acceptent qu'ils utilisent tout produit de cannabis à des fins médicales obtenu auprès d'ABBA MEDIX CORP à leurs propres risques et libère ABBA MEDIX CORP, y compris les administrateurs, dirigeants, employés, sous-traitants et affiliés. d'ABBA MEDIX CORP forment toutes les actions, réclamations, plaintes et demandes de dommages, pertes ou préjudices de quelque nature que ce soit résultant directement ou indirectement de l'utilisation du cannabis à des fins médicales obtenu auprès d'ABBA MEDIX CORP. Par conséquent, le demandeur et / ou La personne responsable du demandeur reconnaît et accepte qu'elle accepte et assume volontairement les risques et les dangers associés à l'utilisation du cannabis à des fins médicales obtenu auprès d'ABBA MEDIX CORP.

LE DEMANDEUR ET / OU LA PERSONNE RESPONSABLE DU DEMANDEUR DONNE SON CONSENTEMENT À ABBA MEDIX CORP POUR RECEVOIR, CONSERVER, UTILISER ET DIVULGUER LEURS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SI NÉCESSAIRE ABBA MEDIX CORP.POUR (1) TRAITER LA DEMANDE, (2) FOURNIR DES SERVICES OU LE CANNABIS À DES FINS MÉDICALES DANS LE CADRE DE L'APPLICATION À UN CLIENT ENREGISTRÉ, LE CAS ÉCHÉANT, ET (3) POUR SE CONFORMER AUX RÈGLEMENTS DE LA LOI SUR LE CANNABIS.

Signature du Patient/Personne Responsable:..... **Date:.....**