

Spectrum Therapeutics

formulaire d'inscription

Pour de plus amples renseignements

Téléphone : 1-855-558-9333

Clients@SpectrumTherapeutics.com

SpectrumTherapeutics.com

Ligne de télécopieur sécurisée : 1-888-977-2595

Pour vous procurer du cannabis à des fins médicales en tant que client, vous devez remplir ce formulaire d'inscription.

Veillez nous envoyer les DEUX pages.

Instructions

A. Remplir le formulaire d'inscription

Pour vous inscrire en tant que client pour l'achat de cannabis à des fins médicales, vous devez remplir et signer ce formulaire d'inscription et nous l'envoyer par l'une des méthodes suivantes :

- 1. Ligne de télécopieur sécurisée** – 1-888-977-2595
- 2. Courriel** – Clients@SpectrumTherapeutics.com
- 3. En ligne** – SpectrumTherapeutics.com
- 4. Poste régulière** – À l'attention du : Service à la clientèle
1, promenade Hershey
Smiths Falls (Ontario)
K7A 0A8

Votre professionnel de la santé peut aussi nous envoyer votre formulaire d'inscription par télécopieur sécurisée avec votre document médical.

B. Remplir un document médical avec votre professionnel de la santé

Nous aurons également besoin de la version originale du document médical remplie par votre professionnel de la santé. Nous pouvons accepter ce document par télécopieur seulement depuis le bureau de votre professionnel de la santé. Autrement, vous ou votre médecin devrez nous envoyer la version papier originale par la poste. Si vous avez besoin d'aide, nous serons heureux d'organiser la collecte de vos formulaires ou de vous fournir une enveloppe adressée et affranchie sur demande.

Nous vérifierons votre formulaire d'inscription et votre document médical une fois que nous les aurons reçus. Ensuite, dès que vous aurez reçu notre confirmation par courriel, vous pourrez passer votre première commande.

Des questions?

Pour joindre l'équipe soignante ou obtenir de l'aide pour remplir le formulaire d'inscription, appelez-nous au **1-855-558-9333** ou écrivez-nous à **Clients@SpectrumTherapeutics.com**

Renseignements sur le patient

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="(JJ/MM/AA)"/>
Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> F <input type="radio"/> Je préfère ne pas répondre <input type="radio"/> Personnalisé <input type="text"/>
Courriel	Téléphone	

Adresse de domicile

<input type="text"/>		
Adresse		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal
Veuillez indiquer si l'adresse personnelle ci-dessus représente <input type="radio"/> Une résidence privée (c.-à-d. une maison, un appartement, un condo, un foyer pour personnes âgées etc.) <input type="radio"/> Un établissement (c.-à-d. un établissement de soins de longue durée, un refuge, etc.)		

Cette section doit être remplie SEULEMENT si vous avez sélectionné un établissement. Cette section doit être remplie par le directeur de l'établissement.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de l'établissement	Type d'établissement

Attestation de l'établissement J'atteste par la présente que je suis le directeur ou gestionnaire de l'établissement indiqué ci-dessus et que nous fournissons de la nourriture, un logement ou d'autres services sociaux au demandeur indiqué ci-dessus.

<input type="text"/>	<input type="text" value="(EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)"/>	<input type="text" value="(JJ/MM/AA)"/>
Signature	Nom	Date
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Poste	Courriel	Téléphone

Où devons-nous expédier le cannabis à des fins médicales?

À mon adresse domiciliaire À mon adresse postale (doit être l'adresse principale que Postes Canada utilise) À mon professionnel de la santé (Remarque : vous devez en avoir son autorisation)

Remplissez cette section SEULEMENT si vous avez sélectionné « À mon adresse postale » ou « À mon professionnel de la santé ».

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	À l'attention de (s'il y a lieu)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Province	

Renseignements sur le professionnel de la santé (s'il y a lieu)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom du professionnel de la santé	Téléphone	Télécopieur

Attestation du professionnel de la santé Je consens par la présente à recevoir des produits de cannabis au nom du patient indiqué ci-dessus.

<input type="text"/>	<input type="text" value="(EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)"/>	<input type="text" value="(JJ/MM/AA)"/>
Signature	Nom	Date

Personne responsable du demandeur

Veuillez remplir la section ci-dessous seulement si vous êtes la personne responsable du demandeur et que vous faites la demande d'inscription au nom de celui-ci. Veuillez fournir vos renseignements.

Première personne responsable du demandeur :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="(JJ/MM/AA)"/>
Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relation	Courriel	Téléphone

Deuxième personne responsable du demandeur (s'il y a lieu) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="(JJ/MM/AA)"/>
Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relation	Courriel	Téléphone

Spectrum Therapeutics

formulaire d'inscription

Pour de plus amples renseignements

Téléphone : 1-855-558-9333

Clients@SpectrumTherapeutics.com

SpectrumTherapeutics.com

Ligne de télécopieur sécurisée : 1-888-977-2595

Authorization

Vous devez signer ici pour attester que :

- (a) le demandeur réside habituellement au Canada,
- (b) les renseignements qui figurent dans la demande sont exacts et complets,
- (c) à la connaissance de l'individu qui signe la demande, le document médical sur lequel celle-ci est fondée n'a pas été altéré,
- (d) le document médical n'est pas utilisé pour obtenir ou chercher à obtenir des produits du cannabis d'une autre source,
- (e) dans le cas où l'attestation est signée par le demandeur, ce dernier entend utiliser les produits du cannabis obtenus à la suite de la demande uniquement à ses propres fins médicales, et
- (f) dans le cas où l'attestation est signée par un adulte nommé comme indiqué à la section 4, cet adulte est responsable du demandeur.

Signature

Nom

Date

Vous reconnaissez que vous serez un client inscrit auprès de Tweed Inc., un producteur autorisé en vertu de la *Loi sur le cannabis* et de son règlement (la Loi). Vous reconnaissez avoir lu et accepté les conditions d'utilisation et la politique en matière de protection des renseignements personnels de Spectrum Therapeutics (accessibles au SpectrumTherapeutics.com). Vous reconnaissez que le cannabis à des fins médicales n'est pas approuvé pour être utilisé en tant que drogue au Canada, que ses indications, sa sécurité et ses risques n'ont pas été adéquatement étudiés et que la posologie appropriée n'est pas claire. Vous reconnaissez et acceptez que vous utilisez tout produit de cannabis à des fins médicales obtenu auprès de Spectrum Therapeutics à vos propres risques; vous libérez Spectrum Therapeutics de toute action, déclaration, plainte et demande pour tout dommage et toute perte, responsabilité ou blessure que ce soit découlant directement ou indirectement de l'utilisation du cannabis à des fins médicales obtenu auprès de Spectrum Therapeutics. Spectrum Therapeutics ne fait aucune déclaration et ne donne aucune garantie ou condition, expresse, implicite, statuaire ou autre, y compris, sans limitation, toute garantie ou condition de commercialité, de qualité marchande, de durabilité ou d'adéquation à un usage particulier, qui est par la présente rejetée. Cela dit, Spectrum Therapeutics prend la qualité de ses produits très au sérieux, de même que ses obligations en vertu de la *Loi sur le cannabis* visant à étudier toutes les plaintes des clients. Si, à tout moment, vous avez un problème avec un médicament provenant de Spectrum Therapeutics, nous vous encourageons à communiquer avec nous.

- Le demandeur consent à ce que Spectrum Therapeutics divulgue les renseignements personnels du demandeur, y compris ceux concernant son compte et l'historique de ses commandes, à la clinique qui a soumis le document médical du demandeur.
- Le demandeur consent à ce que Spectrum Therapeutics divulgue les renseignements personnels du demandeur et communique directement avec la CNeSST et (ou) avec l'assureur ou le prestataire de services de règlement d'assurance du demandeur.

En signant le présent formulaire d'inscription à l'adresse de livraison fournie. Vous nous donnez aussi l'autorisation de communiquer avec vous à l'adresse courriel fournie afin de vous fournir des renseignements liés à votre compte ou à vos achats. Si vous ne nous fournissez aucune adresse courriel, veuillez indiquer votre moyen de communication préférée ci-dessous.

Veuillez indiquer si nous pouvons aussi communiquer avec vous par :

- Téléphone
- La poste, à votre adresse domiciliaire
- La poste, à votre adresse postale (le cas échéant)

Indiquez si vous souhaitez également recevoir par courriel des nouvelles sur la disponibilité des produits ou d'autres mises à jour contenant des renseignements et des offres exclusives sur nos produits et services, nos événements spéciaux et nos promotions en boutique :

- Oui
- Non

Promesse de prix compassion

Nous offrons à nos clients une promesse de prix compassion afin de nous assurer que les personnes dans le besoin aient davantage les moyens de payer leurs médicaments. Les conditions d'admissibilité sont accessibles sur notre site Web. Si vous souhaitez postuler pour ce programme, veuillez cocher la case ci-dessous et vous assurer de fournir les documents justificatifs. Vous devez inclure une preuve indiquant que vous avez reçu une aide au revenu de la part d'un programme provincial ou fédéral admissible, ou de respecter le seuil de faible revenu pour le prix compassion.

- J'ai inclus une preuve que je reçois de l'aide au revenu de la part d'un programme provincial ou fédéral admissible ou que je respecte le seuil de faible revenu pour le prix compassion.

Facturation directe pour les anciens combattants des Forces canadiennes :

Afin que nous puissions facturer directement Anciens Combattants Canada pour le coût de votre médicament, nous devons recueillir les renseignements suivants* :

- (a) Votre médecin DOIT fournir un diagnostic sur votre document médical;
- (b) Votre numéro de carte d'assurance maladie d'Anciens Combattants Canada _____

- Le demandeur consent à ce que Spectrum Therapeutics divulgue les renseignements personnels et la documentation du demandeur à Anciens Combattants Canada et (ou) à l'assureur du demandeur, s'il y a lieu.

Je reconnais et accepte par la présente, qu'en ce qui a trait à mon acceptation de la couverture préapprouvée pour les anciens combattants, je ne me suis pas inscrit pour obtenir une couverture auprès d'un autre producteur autorisé, et que Spectrum Therapeutics soumettra la demande de paiement à Anciens Combattants Canada en mon nom.

Vos initiales ici

* La facturation directe doit d'abord être approuvée par Anciens Combattants Canada.