

ÉTAPE 1 : DEMANDE DE CANNABIS À DES FINS MÉDICALES

PARTIE 1 : Renseignements sur le demandeur / le client

Prénom : _____ Date de naissance : ANNÉE | MOIS | JOUR

Nom de famille : _____ Sexe : homme femme non précisé

COORDONNÉES [la résidence principale doit être au Canada. Pas de case postale pour les coordonnées. Les renseignements qui suivent peuvent être utilisés pour les envois postaux.]

Adresse municipale : _____ No d'unité : _____ Code de sonnerie (facultatif) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro de télécopieur : _____ Courriel : _____

L'ADRESSE CI-DESSUS EST-ELLE CELLE D'UNE ENTREPRISE OU D'UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS? Non Oui (Dans l'affirmative, indiquer le nom de l'entreprise ou de l'établissement et le type d'entreprise.)

Nom de l'entreprise : _____ Type d'entreprise : _____

ADRESSE POSTALE Cocher (s'il s'agit de la même adresse que celle de la résidence principale.)

Adresse municipale : _____ N° d'unité : _____ Code de sonnerie (facultatif) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

ADRESSE D'EXPÉDITION [endroit où vous recevrez les produits Emerald Health Therapeutics Canada Inc.] Cocher la case appropriée ci-dessous

MÊME QUE L'ADRESSE DOMICILIAIRE MÊME QUE L'ADRESSE POSTALE EXPÉDIER AU MÉDECIN Remplissez et soumettez un formulaire supplémentaire sur emeraldhealth.ca/inscription.

COCHER CETTE CASE SEULEMENT SI UNE PERSONNE RESPONSABLE (OU UN MEMBRE DE LA FAMILLE) PRENDRE LES DÉCISIONS OU PASSERA LES COMMANDES OU AIDERA À PASSER LES COMMANDES POUR VOTRE COMPTE **IMPORTANT** Dans l'affirmative, remplir le formulaire de renseignements sur le prestataire de soins à emeraldhealth.ca/inscription et l'envoyer, accompagné du présent formulaire de demande

Je suis intéressé à participer à une étude clinique auprès d'Emerald Health Therapeutics.

SEULEMENT si vous utilisez un certificat d'inscription délivré par le ministre de la Santé (partie 2 du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales [RACFM]) plutôt qu'un document médical, cocher cette case.

Je m'inscris dans le but d'obtenir un approvisionnement provisoire de cannabis séché ou d'huile de cannabis auprès d'Emerald Health Therapeutics Canada Inc. Je présente une copie de mon certificat d'inscription.

SECTION 2 : Renseignements sur la certification

Que vous soyez le demandeur ou la personne responsable du demandeur, vous devez signer la présente demande attestant que :

Le demandeur réside habituellement au Canada. Les renseignements contenus dans la présente demande et dans le document médical annexé ou le certificat d'inscription délivré par le ministre en vertu de la partie 2 sont exacts et complets. Le document médical ou le certificat d'inscription n'est pas utilisé pour rechercher ou obtenir de la marijuana fraîche ou séchée ou de l'huile de cannabis d'une autre source. L'original du document médical, ou une copie du certificat d'inscription, accompagne la présente demande. Le demandeur utilisera de la marijuana fraîche ou séchée ou de l'huile de cannabis uniquement à des fins médicales. Le demandeur consent à ce que le praticien de la santé nommé dans le document médical annexé divulgue les renseignements personnels sur la santé requis à Emerald Health Therapeutics Canada Inc. afin de se conformer aux exigences du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales. Le demandeur (ou la personne responsable) reconnaît qu'il(elle) a lu et accepte les conditions ainsi que la politique de confidentialité d'Emerald Health Therapeutics Canada Inc., disponible à www.emeraldhealth.ca. En outre, le demandeur (ou la personne responsable) reconnaît que la marijuana à des fins médicales ou l'huile de cannabis n'est pas approuvée comme médicament pharmaceutique au Canada, que ses indications, son innocuité et ses risques n'ont pas été étudiés adéquatement et que la posologie appropriée n'est pas claire. Le demandeur (ou la personne responsable) reconnaît et convient qu'il(elle) utilise toute marijuana à des fins médicales ou l'huile de cannabis obtenue d'Emerald Health Therapeutics Canada Inc. à ses propres risques, et dégage Emerald Health Therapeutics Canada Inc. des actions, réclamations, plaintes et demandes de dommages-intérêts, des pertes ou des blessures de quelque sorte découlant directement ou indirectement de l'utilisation de la marijuana à des fins médicales ou de l'huile de cannabis obtenue d'Emerald Health Therapeutics Canada Inc. Le demandeur autorise Emerald Health Therapeutics Canada Inc. à envoyer des courriels dans le cadre de la relation (remarque : ceci est nécessaire pour commander en ligne). Emerald Health Therapeutics Canada Inc. ne fait aucune déclaration, n'offre aucune garantie et ne pose aucune condition, qu'elle soit expresse, implicite, légale ou autre, notamment toute garantie ou condition de valeur marchande, de qualité marchande, de durabilité ou d'adaptation à un usage particulier, qui sont toutes rejetées par les présentes. Emerald Health Therapeutics Canada Inc. prend son produit très au sérieux, ainsi que ses obligations en vertu du RACFM d'enquêter sur toutes les plaintes des clients. Si, à quelque moment que ce soit, vous avez un problème avec votre marijuana à des fins médicales ou votre huile de cannabis Emerald Health Therapeutics Canada Inc., nous vous encourageons à communiquer avec nous.

IMPORTANT

Le demandeur (ou la personne responsable du demandeur) doit SIGNER, inscrire son nom en caractères d'imprimerie et apposer la date ci-dessous.
NOTA : La personne responsable du demandeur doit remplir un formulaire de prestataire de soins et y apposer sa signature et la date de l'attestation indiquant qu'elle est responsable du demandeur.

DEMANDEUR OU PERSONNE RESPONSABLE DU DEMANDEUR

▼ Signature

X _____

▼ Nom en caractères d'imprimerie ci-dessous

▼ Date de la signature

ANNÉE | MOIS | JOUR

REMPILIR SI LE PRATICIEN DE LA SANTÉ QUI A SIGNÉ LE DOCUMENT MÉDICAL EST LA PERSONNE QUI RECEVRA LE CANNABIS SÉCHÉ OU L'HUILE DE CANNABIS AU NOM DU DEMANDEUR.

Conformément aux articles 129 à 142 du RACFM et au formulaire d'inscription du client QA_011. **ENVOYER LE PRÉSENT FORMULAIRE DE DEMANDE PAR LA POSTE, PAR COURRIEL OU PAR TÉLÉCOPIEUR À :** EMERALD HEALTH THERAPEUTICS CANADA INC. 310-777 ROYAL OAK DRIVE, PO BOX 24076, VICTORIA (COLOMBIE-BRITANNIQUE) V8X 4V1 CANADA.

Pour obtenir une copie en format pdf actif, veuillez consulter le site emeraldhealth.ca/inscription.

NOTA : Le cabinet de votre médecin peut envoyer par télécopieur l'original du document médical (et la demande) au 1-855-623-3325