


Demande de modification de l'inscription

Sélectionner une langue: English Français

Les champs marqués du symbole  sont obligatoires.

Renseignements actuels du patient :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Nom de famille	Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Genre

Identifiant client Cannabis médical de Shoppers^{MC}

Que souhaitez-vous mettre à jour ? Nom Date de naissance Genre Adresse Coordonnées Personne aidante

Section 1:

Si vous changez des informations dans la section 1, veuillez inclure une preuve du changement telle qu'une pièce d'identité délivrée par le gouvernement et/ou un certificat de mariage. Les sections suivantes doivent être complétées au cas par cas.

Veuillez indiquer vos changements ci-dessous

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Nom de famille	Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Genre

Section 2:

Adresse résidentielle

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	App.	Ville	Province
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	Numéro de téléphone principal	Numéro de téléphone secondaire	Adresse courriel

Type de résidence Résidence privée Refuge/foyer Maison de soins Autre

*Une attestation de résidence est obligatoire si Refuge/foyer est sélectionné. Le directeur de l'établissement doit compléter cette section.

Je soussigné(e), (nom du directeur) _____ confirme que (nom de l'établissement) _____

fournit de la nourriture, un logement, ou d'autres services sociaux à (nom du patient) _____

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature du directeur	Adresse courriel à contacter	Date (mm/jj/aaaa)

Adresse postale

Complétez les informations suivantes uniquement si l'adresse postale est différente de l'adresse résidentielle

Adresse

App.

Ville

Province

Code postal

J'ai demandé que mes produits de cannabis médical soient livrés à l'adresse de mon professionnel de la santé, avec son consentement comme indiqué sur mon document médical.

Section 3:

Renseignements de la personne aidante (remplir uniquement s'il y a lieu)

Ajouter une personne aidante Retirer une personne aidante

Prénom de la personne aidante

Nom de famille de la personne aidante

Date de naissance
(mm/jj/aaaa)

Genre

Numéro de téléphone principal

Numéro de téléphone secondaire

Adresse courriel

Relation avec le patient

Je soussigné(e), (*nom de la personne aidante en caractères d'imprimerie*) _____

confirme que je suis la personne aidante pour (*nom du patient en caractères d'imprimerie*) _____

et prends la responsabilité pour la commande, la conservation sécurisée et l'administration de produits du cannabis médical.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature de la personne aidante	Date (mm/jj/aaaa)		

Consentement

Le patient et la personne aidante, ou la personne responsable du patient, le cas échéant, reconnaissent et acceptent ce qui suit :

1. Cannabis médical de Shoppers Drug Mart Inc. (“Shoppers”) peut procéder à la collecte, à l’utilisation et à la divulgation des renseignements personnels contenus dans cette demande, et dans tout document médical fourni à Shoppers (le “document médical”), conformément à la politique de Shoppers Drug Mart Inc. et aux lois en vigueur sur la protection de la vie privée. Les fins pour lesquelles Shoppers pourrait collecter, utiliser et divulguer des informations personnelles incluent : pour la distribution et la livraison des commandes, pour effectuer l’inscription du patient et pour communiquer avec les professionnels de la santé du patient, les cliniques médicales, les services de délivrance des licences, ou les producteurs susceptibles d’être responsables de la production du cannabis médical et les fournisseurs de services responsables des achats, de la distribution et de la vérification des produits.
2. Le patient autorise Shoppers à communiquer avec le patient par téléphone ou par courriel au sujet du statut de son inscription, du statut de ses commandes, de la disponibilité des produits et autres sujets, conformément à la politique de confidentialité de Shoppers. Le patient comprend que les communications électroniques ne sont pas sécurisées et qu’elles peuvent être transmises, interceptées, diffusées, stockées ou même modifiées à son insu ou sans sa permission, et il consent à accepter ce risque. Les communications électroniques sont une option offerte au patient et ce dernier peut refuser cette option à tout moment en fournissant un avis écrit à Shoppers.
3. Le patient comprend que la sécurité et les risques associés à la consommation de cannabis médical n’ont pas fait l’objet d’études suffisamment approfondies et que l’utilisation des produits de cannabis médical obtenus auprès de Shoppers se fait à ses propres risques. Le patient renonce à toute action, réclamation, plainte et demande à l’encontre de Shoppers, ses entités affiliées, ses sociétés affiliées, ses filiales, ses directeurs, ses agents, ses partenaires, ses fournisseurs et ses employés, relativement aux dommages, aux pertes ou aux blessures subis à la suite de la consommation des produits de cannabis médical obtenus auprès de Shoppers.
4. Les renseignements contenus dans cette demande ainsi que dans le document médical sont exacts et complets.
5. Le patient est un résident habituel du Canada.
6. Le document médical est original et n’a pas été modifié.
7. Le document médical n’est pas utilisé pour obtenir du cannabis médical auprès d’une autre source.
8. L’utilisation du cannabis médical est destinée aux besoins médicaux personnels du patient.
9. Shoppers Drug Mart peut recueillir, utiliser et divulguer des renseignements personnels contenus dans la présente demande. Cela comprend la divulgation de tous les renseignements personnels sur le patient recueillis par Shoppers à la personne aidante et la divulgation de tous les renseignements personnels sur la personne aidante au patient. Dans le cas où la personne qui signe la déclaration n’est ni le client ni un adulte responsable désigné, vous déclarez et garantisiez que vous avez obtenu son consentement et/ou que vous avez l’autorisation de consentir en son nom. Le consentement peut être retiré en tout temps, mais ce retrait n’aura pas d’effet rétroactif.
10. En tant que patient, vous autorisez la personne responsable/l’aidant à agir en votre nom relativement à tout ce que vous pourriez faire avec Shoppers et autorisez Shoppers à accepter une telle autorité.

<hr/>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
Signature du patient	Date (mm/jj/aaaa)			

<hr/>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
Signature de la personne aidante/du responsable du patient (s’il y a lieu)	Date (mm/jj/aaaa)			

Veuillez indiquer si vous consentez à recevoir des communications électroniques de Shoppers contenant des offres et des nouvelles sur le cannabis médical. Vous pouvez vous désinscrire à tout moment. Oui Non

Veuillez déposer ce document rempli au magasin Shoppers Drug Mart le plus près de chez vous OU
télécopier ce document rempli au 1-866-220-2627 OU envoyer ce document par courrier à
Cannabis médical de Shoppers Drug Mart^{MC}, 6941 Kennedy Road, unité 100, Mississauga (Ontario) L5T 2R6