

Formulaire d'inscription

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

Veuillez 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 sécurisé 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

1. Renseignements sur le patient

Prénom _____ Nom _____ Date de naissance _____

Courriel _____ Téléphone _____

Sexe Homme Femme Je préfère ne pas répondre Personnalisé _____

2. Adresse de domicile

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Veuillez indiquer si l'adresse personnelle
ci-dessus représenteUne résidence privée (c.-à-d. une
maison, un appartement, un condo,
un foyer pour personnes âgées etc.)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.

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.*Signature _____ Nom **(en caractères d'imprimerie)** _____ Poste _____Courriel _____ Téléphone _____ Date **(JJ/MM/AA)** _____**3. 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 ».**

Adresse _____ À l'attention de (s'il y a lieu) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

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

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.*Signature _____ Nom _____ Date **(JJ/MM/AA)** _____**4. 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 :Prénom _____ Nom **(en caractères d'imprimerie)** _____ Date de naissance **(JJ/MM/AA)** _____

Relation _____ Courriel _____ Téléphone _____

Deuxième personne responsable du demandeur (s'il y a lieu) :Prénom _____ Nom **(en caractères d'imprimerie)** _____ Date de naissance **(JJ/MM/AA)** _____

Relation _____ Courriel _____ Téléphone _____

5. Autorisation

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 _____ (en caractères d'imprimerie) Date _____ (JJ/MM/AA)

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.

En signant le présent formulaire d'inscription, vous nous donnez la permission d'envoyer du cannabis à des fins médicales ainsi que vos renseignements 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.

Veillez 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

6. 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.

7. 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 _____;
- (c) Un formulaire de consentement à la divulgation destiné aux anciens combattants (accessible sur notre site Web).

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

