

## Formulaire d'inscription

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

Veillez nous envoyer LES TROIS formulaires.

### 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@SpectrumCannabis.com

**3. En ligne**

SpectrumCannabis.com

**4. Poste régulière**

À l'attention de : Centre du service à la clientèle  
1, Hershey Drive  
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 **855-558-9333** ou écrivez-nous à [Clients@SpectrumCannabis.com](mailto:Clients@SpectrumCannabis.com)

**1. Renseignements sur le client**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ/MM/AA) \_\_\_\_\_  
 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 représente

Une résidence privée (c.-à-d., une maison, un appartement, un condo, etc.)	Un établissement (c.-à-d., un établissement de soins de longue durée, un foyer pour personnes âgées, un refuge, etc.)
--	---

**Ne remplissez cette section que si vous avez sélectionné « un 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 \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

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 (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AA)

Relation \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

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

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AA)

Relation \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**5. Remplissez la section ci-dessous seulement si vous faites une demande sur la base d'un certificat d'inscription délivré par le ministère.**

Veuillez remplir cette section seulement si vous faites une demande de certificat d'inscription de Santé Canada pour produire du cannabis à vos propres fins médicales.

L'adresse du site de production pour les plants de cannabis, telle qu'indiquée dans votre certificat d'inscription; ou

L'adresse du site d'entreposage du cannabis, telle qu'indiquée dans votre certificat d'inscription.

Veuillez indiquer si la demande d'inscription est effectuée afin d'obtenir :

- (a) un approvisionnement provisoire de marijuana fraîche ou séchée ou d'huile de cannabis;
- (b) des plants ou des graines de marijuana, ou
- (c) les substances mentionnées dans les clauses (a) et (b).

**6. 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.

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)

Veuillez indiquer si nous pouvons aussi communiquer avec nous par courriel concernant la disponibilité d'un produit ou pour vous fournir d'autres mises à jour :

- Oui
- Non

**7. Autorisation**

Vous devez signer ici pour attester que :

- (a) Vous résidez habituellement au Canada;
- (b) Les renseignements fournis dans cette demande, et ceux fournis dans le document médical ou le certificat d'inscription qui l'accompagnent, sont exacts et complets;
- (c) Le document médical ou le certificat d'inscription ne seront pas utilisés pour obtenir des produits de cannabis d'une autre source;
- (d) Le document médical ou le certificat d'inscription valide accompagnent cette demande; et
- (e) Vous consommerez des produits de cannabis seulement à vos propres fins médicales

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 du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales (RACFM). Vous reconnaissez avoir lu et accepté les conditions d'utilisation et la politique en matière de protection des renseignements personnels de Spectrum Cannabis (accessibles au SpectrumCannabis.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 Cannabis à vos propres risques; vous libérez Spectrum Cannabis 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 Cannabis. Spectrum Cannabis 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 Cannabis prend la qualité de ses produits très au sérieux, de même que ses obligations en vertu du RACFM visant à étudier toutes les plaintes des clients. Si, à tout moment, vous avez un problème avec un médicament provenant de Spectrum Cannabis, nous vous encourageons à communiquer avec nous.

**8. 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.

**9. 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 Cannabis 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.