

Formulaire d'inscription – Certification d'inscription (CI)

Si vous avez reçu un certificat d'inscription de la part de Santé Canada pour l'achat de plants ou de graines de cannabis, remplissez ce formulaire pour vous inscrire en tant que client.

Veuillez nous transmettre le formulaire d'inscription ET le certificat d'inscription.

Instructions

A. Remplir le formulaire d'inscription

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

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 _____ (JJ/MM/AA)

Courriel _____ Téléphone _____

Sexe Homme Femme Je préfère ne pas répondre Personnalisé _____

2. Adresse de domicile

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Veillez indiquer si l'adresse personnelle ci-dessus représente Une 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 l'établissement ne constitue pas une adresse permanente. 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 _____

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

Veillez indiquer si la demande d'inscription est effectuée afin d'obtenir

- (a) Un approvisionnement provisoire de produits de cannabis tel qu'indiqué sur votre certificat d'inscription; (b) des plants de cannabis et/ou des graines de cannabis; ou (c) les substances mentionnées dans les clauses (a) et (b).

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

- Adresse de résidence/adresse postale *Si vous souhaitez obtenir des produits autres que des plantes ou des semences, ceux-ci ne peuvent être envoyés qu'à votre adresse postale ou à votre domicile.* À la personne désignée sur le certificat d'inscription Le site de production de cannabis

REMP LISSEZ cette section SEULEMENT si vous avez sélectionné « à la personne désignée sur le certificat d'inscription » ou « le site de production de cannabis. »

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

Ville _____ Province _____ Code postal _____

5. Personne responsable du demandeur

Veillez 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 _____

6. 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) 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
- (d) la copie du certificat d'inscription reproduit fidèlement l'original,
- (e) si la demande vise l'obtention de produits du cannabis, autres que des plantes de cannabis ou des graines provenant de telles plantes, le certificat d'inscription n'est pas utilisé pour obtenir ou chercher à obtenir d'une autre source de tels produits du cannabis,
- (f) dans le cas où l'attestation est signée par un adulte nommé dans le certificat d'inscription, 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.

En signant le présent formulaire d'inscription (CI), 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

7. 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.

8. 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

