

DEMANDE DE MODIFICATION DE L'INSCRIPTION



Choix de la langue : ☐ Anglais ☐ Français

Les champs marqués d'un ► sont obligatoires.

Renseignements actuels du patient:

► _____ ► _____ ►
Prénom Nom de famille Date de naissance (mm/jj/aaaa) Genre

► _____
Identifiant client Vitalicann

Que souhaitez-vous modifier?

☐ Nom/prénom ☐ Date de naissance ☐ Genre ☐ Adresse ☐ Coordonnées ☐ Proche aidant

Section 1

Si vous modifiez des renseignements dans la section 1, veuillez inclure une preuve du changement, telle qu'une pièce d'identité émise par le gouvernement et/ou un certificat de mariage. Les sections suivantes doivent être complétées le cas échéant. Veuillez apporter vos modifications ci-dessous.

Prénom Nom de famille Date de naissance (mm/jj/aaaa)

Section 2

Adresse de résidence

Adresse Appartement Ville Province

Code Postal Téléphone principal Téléphone secondaire Courriel

Type de résidence ☐ Résidence privée ☐ Refuge/auberge ☐ Centre d'hébergement ☐ Autre

*Une attestation de résidence est requise si un refuge ou une auberge est sélectionné. Cette section doit être remplie par le ou la gestionnaire de l'établissement.

Je, (nom du ou de la gestionnaire) _____ certifie que (Nom de l'établissement) _____

fournit des repas, de l'hébergement ou d'autres services sociaux à (nom du ou de la patient.e) _____

► _____
Signature du ou de la gestionnaire Courriel Date (mm/jj/aaaa)

Adresse postale

Veuillez remplir les informations ci-dessous uniquement si l'adresse postale diffère de l'adresse de résidence.



Adresse

Unité #

Ville

Province

Code postal

☐ J'ai demandé que les produits de cannabis médical soient livrés à l'adresse de mon professionnel de la santé, avec son consentement tel qu'indiqué dans mon document médical.

Section 3

Renseignements sur le proche aidant (à compléter uniquement si cela s'applique)

Prénom

Nom de famille

--	--	--	--

Date de naissance

Genre

(mm/jj/aaaa)

Téléphone principal

Téléphone secondaire

Courriel

Lien avec le patient

Je soussigné(e), (*Nom du proche aidant*) _____ reconnais être le proche aidant de (*Nom du patient*) _____

et accepte la responsabilité de la commande, de la conservation sécuritaire et de l'administration des produits de cannabis à des fins médicales.



Signature du proche aidant

--	--	--

Date (mm/jj/aaaa)

Consentement



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

1. Vitalicann peut recueillir, utiliser et divulguer les renseignements personnels contenus dans cette demande ainsi que dans tout document médical connexe fourni à Vitalicann (le "document médical"), conformément à la Politique de confidentialité de Vitalicann (la "politique de confidentialité") et aux lois applicables. Les objectifs de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation des renseignements personnels incluent: la livraison et l'exécution des commandes, l'enregistrement du patient, la communication avec les professionnels de la santé du patient, les cliniques médicales, les autorités de délivrance de licences ou les fournisseurs responsables de la production de cannabis médical, ainsi que les fournisseurs de services responsables de l'exécution et de la vérification des achats.
2. Le patient autorise Vitalicann à communiquer avec lui par téléphone ou courriel concernant l'enregistrement, le statut des commandes, la disponibilité des produits et d'autres sujets pertinents, conformément à la Politique de confidentialité de Vitalicann. Le patient comprend que les communications électroniques ne sont pas sécurisées et peuvent être transférées, interceptées, diffusées, stockées ou modifiées à son insu ou sans son autorisation, et accepte ce risque. Le choix de la communication électronique est facultatif et peut être retiré en tout temps en avisant Vitalicann par écrit.
3. Le patient comprend que la sécurité et les risques associés à l'utilisation du cannabis médical n'ont pas été suffisamment étudiés et que l'utilisation des produits de cannabis médical obtenus auprès de Vitalicann se fait à ses propres risques. Le patient décharge Vitalicann, ainsi que ses entités liées, sociétés affiliées, filiales, administrateurs, dirigeants, partenaires, fournisseurs et employés, de toute responsabilité relativement à toute action, réclamation, plainte ou demande de dommages-intérêts, de pertes ou de blessures découlant de l'utilisation des produits de cannabis médical obtenus auprès de Vitalicann.
4. Les renseignements fournis dans cette demande et dans le document médical sont exacts et complets.
5. Le patient réside habituellement au 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'usage du cannabis médical est destiné exclusivement aux fins médicales du patient.
9. Vitalicann peut recueillir, utiliser et divulguer les renseignements personnels contenus dans cette demande. Cela inclut la divulgation de tous les renseignements personnels du patient au proche aidant et vice versa. Si la personne signant cette déclaration n'est ni le client ni un adulte responsable désigné, vous déclarez avoir obtenu le consentement de ces personnes et/ou être autorisée à consentir en leur nom. Le consentement peut être retiré à tout moment, sans effet rétroactif.
10. En tant que patient, vous autorisez le proche aidant ou la personne responsable à agir en votre nom auprès de Vitalicann et vous autorisez Vitalicann à reconnaître cette autorité.

Signature du patient

--	--	--

Date (mm/jj/aaaa)

Signature du proche aidant/de la personne responsable du patient (le cas échéant)

--	--	--

Date (mm/jj/aaaa)

Veillez indiquer si vous acceptez de recevoir des communications par courriel de la part de Vitalicann contenant des offres et des mises à jour relatives au cannabis médical. Vous pouvez vous désabonner à tout moment. ☐ Oui ☐ Non

Veillez envoyer ce document dûment rempli par télécopieur au 1-844-762-1802 OU l'envoyer par la poste à: **Vitalicann** 14 Duncan Street, bur. 301, Toronto, ON M5H 3G8