

DEMANDE D'INSCRIPTION

TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES, À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE PAR UN ♦ ET UNE NOTE. ÉCRIRE LE PLUS LISIBLEMENT POSSIBLE AVEC UN STYLO.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR (LE "DEMANDEUR")

♦ **TOUS LES RENSEIGNEMENTS DE LA SECTION 1 DOIVENT CORRESPONDRE À LA PIÈCE D'IDENTITÉ DÉLIVRÉE PAR LE GOUVERNEMENT**

NOM DU CLIENT

PRÉNOM

DEUXIÈME PRÉNOM

NOM DE FAMILLE

SEXE

HOMME FEMME AUTRE NON DIVULGUÉ

DATE DE NAISSANCE

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
ANNÉE MOIS JOUR

NUMÉRO K D'ANCIEN COMBATTANT ♦ LE CAS ÉCHÉANT

_____|_____|_____|_____|_____|_____|

2. COORDONNÉES

ADRESSE COURRIEL

TÉLÉPHONE

AUTRE TÉLÉPHONE

3. ADRESSE DE DOMICILE

NO APPART.

ADRESSE LIGNE 1

ADRESSE LIGNE 2

VILLE, MUNICIPALITÉ OU VILLAGE

PROVINCE OU TERRITOIRE

CODE POSTAL

EXPÉDITION À UNE ADRESSE POSTALE REMPLIR LA SECTION CI-DESSOUS ♦ **LE DEMANDEUR DOIT ÊTRE INSCRIT À L'ADRESSE DE DOMICILE (C.-À-D. CASE POSTALE)**

L'ADRESSE DE DOMICILE EST UN ÉTABLISSEMENT (ÉTABLISSEMENT DE SOINS, CENTRE D'HÉBERGEMENT, ETC.) REMPLIR LA SECTION 5

4. ADRESSE POSTALE

♦ **SI ELLE DIFFÈRE DE L'ADRESSE DE DOMICILE**

ADRESSE POSTALE

CASE POSTALE

ADRESSE LIGNE 1

ADRESSE LIGNE 2

VILLE, MUNICIPALITÉ OU VILLAGE

PROVINCE OU TERRITOIRE

CODE POSTAL

5. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'ÉTABLISSEMENT

♦ **REPLIR CETTE SECTION SI VOTRE ADRESSE DE DOMICILE EST UN ÉTABLISSEMENT**

ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

TYPE D'ÉTABLISSEMENT (ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE, CENTRE D'HÉBERGEMENT, ETC.)

COORDONNÉES DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE COURRIEL

TÉLÉPHONE

AUTRE TÉLÉPHONE

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT

PAR LA PRÉSENTE, MA SIGNATURE EN FAISANT FOI, J'ATTESTE L'AUTHENTICITÉ DE MON TITRE DE RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT SUSMENTIONNÉ ET DÉCLARE QUE NOUS FOURNISSONS AU DEMANDEUR SUSMENTIONNÉ DES REPAS, DE L'HÉBERGEMENT OU D'AUTRES SERVICES SOCIAUX.

PRÉNOM ET NOM DE FAMILLE

X
SIGNATURE DU RESPONSABLE

6. LIVRAISON CHEZ LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

◆ REQUIS SI LE PRODUIT DOIT ÊTRE EXPÉDIÉ CHEZ VOTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

NOM ET TITRE DU PRATICIEN

TITRE _____ PRÉNOM _____ NOM DE FAMILLE _____

Je consens à recevoir du cannabis à des fins médicales au nom de _____
NOM COMPLET DU DEMANDEUR

SIGNATURE

X
SIGNATURE DU MÉDECIN PRATICIEN

DATE

ANNÉE MOIS JOUR

7. PERSONNE RESPONSABLE DU DEMANDEUR

◆ À ÊTRE REMPLI PAR LA PERSONNE RESPONSABLE DU DEMANDEUR (LE CAS ÉCHÉANT)

NOM DU RESPONSABLE

PRÉNOM _____ DEUXIÈME PRÉNOM _____ NOM DE FAMILLE _____

SEXE

HOMME FEMME AUTRE NON DIVULGUÉ

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE MOIS JOUR

COORDONNÉES

ADRESSE COURRIEL _____

TÉLÉPHONE _____

AUTRE TÉLÉPHONE _____

Je certifie que je suis responsable de _____
NOM COMPLET DU DEMANDEUR

SIGNATURE

X
SIGNATURE DE LA PERSONNE RESPONSABLE

DATE

ANNÉE MOIS JOUR

ATTESTATION DU DEMANDEUR OU DE LA PERSONNE RESPONSABLE

En vertu du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales (RACFM), avec ses modifications successives, Aurora est tenue de recueillir des renseignements sur le demandeur. Aurora recueille, utilise et divulgue les renseignements personnels conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques, à la Personal Information Protection Act de l'Alberta, au RACFM ainsi qu'à la politique de confidentialité d'Aurora, et dans le seul but de fournir du cannabis à des fins médicales et d'autres services afférents au demandeur.

En tout temps, le demandeur a accès à ses renseignements personnels contenus dans les dossiers d'Aurora et peut les corriger au besoin en soumettant une demande de modification à Aurora.

- Le demandeur reconnaît que le cannabis à des fins médicales n'est pas approuvé au Canada à titre de médicament et que son dosage approprié et ses risques n'ont pas été déterminés. Le demandeur reconnaît qu'il fait usage de cannabis à des fins médicales à ses propres risques et qu'Aurora ne peut être tenue responsable de quelques dommages, pertes ou blessures résultant directement ou indirectement de cet usage.
- Le demandeur reconnaît que certains des renseignements fournis dans ce document pourront être communiqués à nos fournisseurs de services aux fins d'expédition seulement.
- Le demandeur comprend et reconnaît que tout document médical envoyé en même temps que ce formulaire ne lui sera pas retourné une fois l'inscription effectuée.
- Le demandeur réside habituellement au Canada.

- Le demandeur reconnaît que, dans le cas où un tiers intermédiaire (c.-à-d. un médecin ou une clinique) l'a recommandé à Aurora, Aurora peut communiquer certains des renseignements personnels recueillis, y compris ceux inscrits dans le présent document, au tiers intermédiaire.
- Les renseignements indiqués dans ce formulaire de demande et dans le document médical sont véridiques et complets.
- Le document médical original que vous ou votre médecin soumettez à Aurora n'est pas utilisé pour vous procurer du cannabis à des fins médicales auprès d'un autre fournisseur. Le document médical original accompagne cette demande.
- Le demandeur utilisera le cannabis à des fins médicales exclusivement pour ses propres besoins médicaux.

Je souhaite recevoir des nouvelles et des mises à jour de la part d'Aurora Cannabis

Je souhaite qu'Aurora Cannabis communique avec moi pour me faire part de possibilités de participation à des recherches (études cliniques, groupes de discussion, etc.).

Aurora prend très au sérieux la protection de vos renseignements personnels. Tous les renseignements recueillis par suite de votre consentement à recevoir de la correspondance de la part d'Aurora sont conservés et communiqués conformément à notre politique de confidentialité, dont la version complète peut être consultée sur notre site Web.

SIGNATURE

X
SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE LA PERSONNE RESPONSABLE

DATE

ANNÉE MOIS JOUR