

DEMANDE D'INSCRIPTION COMME PATIENT TIDAL

INFORMATION SUR LE PATIENT

Tous les champs doivent être remplis à moins d'indication contraire. Ce formulaire doit être rempli par le patient ou par un aidant faisant la demande au nom du patient. Les aidants doivent également remplir le formulaire d'information sur l'aidant..

NOM DU PATIENT

Prénom

Nom

DATE DE NAISSANCE

Année

Mois

Jour

COURRIEL

Requis pour les commandes en ligne

ADRESSE DOMICILIAIRE*

Adresse

Ville

Province

Code Postal

COORDONNÉES

Téléphone

Télécopieur (le cas échéant)

*Si l'adresse domiciliaire n'est pas une résidence privée, veuillez indiquer

Nom de l'établissement

Type d'établissement

Si vous souhaitez que Tidal expédie le produit à une adresse autre que l'adresse domiciliaire fournie ci-dessus, veuillez cocher une des options suivantes:

Envoyer à l'adresse postale

Envoyer à l'adresse du praticien de la santé*

*Le praticien de la santé doit consentir à recevoir le produit en remplissant le formulaire du praticien de la santé.

ADRESSE POSTALE

(Si elle diffère de l'adresse domiciliaire)

Adresse

Ville

Province

Code postal

Veuillez cocher une des options suivantes:

(Pour les patients postulant sur la base d'un certificat d'enregistrement)

Produit Cannabis

Plants/semences

LE PATIENT ET LA PERSONNE RESPONSABLE DU PATIENT DOIVENT CONVENIR DES POINTS SUIVANTS

IMPORTANT - VEUILLEZ LIRE ET SIGNER CI-DESSOUS.

- L'information contenue dans cette demande d'inscription et le document médical ou le certificat d'inscription, le cas échéant, est exacte et complète;
- Le demandeur (patient) est ordinairement résident du Canada;
- Le document médical, ou le certificat d'inscription, le cas échéant, utilisé dans le cadre de cette demande d'inscription n'est pas utilisé pour rechercher ou obtenir de la marijuana séchée auprès d'autres sources;
- L'original du document médical est joint à la demande à titre de document à l'appui;
- Le demandeur (patient) utilisera de la marijuana fraîche ou séchée ou de l'huile de cannabis à des fins médicales personnelles seulement;
- Les indications, l'innocuité (sûreté) et les risques associés à l'usage de marijuana séchée n'ont pas été étudiés de façon adéquate et la dose appropriée n'est pas clairement établie. Le patient et l'aidant (le cas échéant) reconnaît/reconnaissent que tout produit de cannabis médical obtenu auprès de Tidal l'est fait à ses/leurs propres risques et dégage(nt) Tidal, ainsi que ses associés, partenaires, fournisseurs, cadres, membres de la direction et employés de toute responsabilité à l'égard de recours, réclamations, plaintes ou demandes en raison de dommages, pertes ou préjudices découlant directement ou indirectement de l'usage de produits médicaux à base de marijuana;
- Le patient et son aidant (le cas échéant) consent(ent) à ce que le praticien de la santé nommé dans le document médical divulgue les renseignements personnels requis à Tidal, afin de se conformer au Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales. Il est entendu qu'un exemplaire de ce consentement et demande d'inscription, ainsi que de l'information sur le statut de l'inscription du patient et le type d'usage pourraient être transmis au praticien de la santé nommé dans le document médical;
- En signant ce formulaire d'inscription, le patient et son aidant (le cas échéant) autorise(nt) Tidal (a) à envoyer de l'information sur l'inscription et le produit à l'adresse et au courriel fournis dans le présent formulaire, et (b) à communiquer avec lui/elle/eux par courriel au sujet du statut de l'inscription, de la disponibilité de produits, de commandes et d'autres sujets, conformément à la politique sur la vie privée de Tidal (<https://www.tidalhealth.ca/en/policy-and-terms/privacy-policy/>).
- Le patient et son aidant (le cas échéant) consent(ent) à la collecte, à l'usage et à la divulgation nécessaires de certains renseignements personnels par Tidal dans le but de traiter cette demande d'inscription, de fournir des produits ou services, de se conformer au Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales (y compris la divulgation d'information personnelle aux autorités provinciales en matière de permis, sur demande) et autrement conformément à la politique sur la vie privée de Tidal Health Solutions Ltd.'s (<https://www.tidalhealth.ca/en/policy-and-terms/privacy-policy/>).

SIGNATURE

Signature du patient

Année

Mois

Jour

Si le patient a un aidant, le patient et l'aidant doivent tous deux signer ce formulaire à moins que l'aidant soit le mandataire du patient (ou un équivalent) en vertu de la loi provinciale en vigueur. Si le patient ne signe pas, l'aidant, en signant ci-dessous, atteste qu'il ou elle est le mandataire du patient (ou un équivalent) en vertu de la loi provinciale en vigueur.

SIGNATURE

Signature de la personne responsable (le cas échéant)

Année

Mois

Jour