

 MedReleaf  
Case postale 3040  
Markham Industrial Park  
Markham (Ontario) Canada  
L3R 6G4

 1 855 473-5323  
 Télécopie  
électronique  
sécurisée :  
1 866 264-4139

 AskUs@medreleaf.com  
www.medreleaf.com

## SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Prénom :  Nom :

Date de naissance (JJ/MM/AA) :  Sexe :  Courriel :

N° de téléphone :  N° de télécopieur :

Êtes-vous un ancien combattant? : Si oui, veuillez fournir votre numéro « K » :

OUI

En indiquant être un ancien combattant, vous autorisez MedReleaf à partager vos détails avec Anciens Combattants Canada.

## SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS D'EXPÉDITION

**La résidence principale doit se trouver au Canada.**  Utiliser mon adresse principale pour l'expédition.

N° d'immeuble :  Adresse :

Ville :  Province :  Code postal :

**TYPE DE RÉSIDENCE** Résidence privée :  Maison de soins infirmiers/maison de santé :  Maison de refuge :  Foyer d'hébergement :  Foyer de groupe :  Autre :

Si « Autre », veuillez préciser :  Nom de l'établissement (si ce n'est pas une résidence privée) :

Coordonnées supplémentaires de l'établissement (au besoin) :

**AUTRE ADRESSE D'EXPÉDITION :** Applicable UNIQUEMENT si votre résidence principale ne dispose pas d'un service postal.

N° d'immeuble :  Adresse :

Ville :  Province :  Code postal :

## SECTION 3 : APPROVISIONNEMENT INTÉRIMAIRE


Avez-vous obtenu un certificat d'inscription de Santé Canada vous permettant de cultiver votre propre cannabis? OUI  NON


Si vous avez indiqué « oui » plus haut, vous inscrivez-vous auprès de MedReleaf en vue d'obtenir un approvisionnement intérimaire de cannabis? OUI  NON

Si vous avez indiqué « oui » plus haut, obtenez-vous actuellement un approvisionnement intérimaire d'un autre producteur autorisé? OUI  NON

Si oui, veuillez inscrire le numéro de votre certificat d'inscription produit par Santé Canada :

(Veuillez joindre une copie de votre certificat d'inscription à cette demande.)

 MedReleaf  
Case postale 3040  
Markham Industrial Park  
Markham (Ontario) Canada  
L3R 6G4

 1 855 473-5323  
Télécopie  
électronique sécurisée :  
1 866 264-4139

 AskUs@medreleaf.com  
www.medreleaf.com

**SECTION 4 : RENSEIGNEMENTS SUR L'AIDANT**

Sans objet

Prénom :

Nom :

Date de naissance (JJ/MM/AA) : Sexe :

Courriel :

N° de téléphone :

N° de télécopieur :

**DÉCLARATION DE L'AIDANT/DE LA PERSONNE RESPONSABLE :**

Je (Aidant/Personne responsable) Nom complet :

*suis responsable de :*

Nom complet du patient :

Signature de l'aidant :

Date de la signature (JJ/MM/AA) :

**AUTRE(S) PERSONNE(S) RESPONSABLE(S) DU DEMANDEUR (plusieurs aidants)**

Sans objet

Prénom :

Nom :

Date de naissance (JJ/MM/AA) : Sexe :

Courriel :

N° de téléphone :

N° de télécopieur :

**DÉCLARATION DE L'AIDANT/DE LA PERSONNE RESPONSABLE :**

Je (Aidant/Personne responsable) Nom complet :

*suis responsable de :*

Nom complet du patient :

Signature de l'aidant :

Date de la signature (JJ/MM/AA) :



MedReleaf  
Case postale 3040  
Markham Industrial Park  
Markham (Ontario) Canada  
L3R 6G4



1 855 473-5323  
Télécopie  
électronique  
sécurisée :  
1 866 264-4139



AskUs@medreleaf.com  
www.medreleaf.com

## SECTION 5 : AUTORISATION DU DEMANDEUR

Dans le cas d'un patient potentiel, l'utilisateur reconnaît qu'il souhaite en savoir plus sur MedReleaf et qu'il envisage de devenir un patient dans l'avenir. [medreleaf.com/privacy](http://medreleaf.com/privacy)

Si le demandeur s'est inscrit à titre de patient, d'aidant ou de médecin, les conditions suivantes s'appliquent :

En apposant sa signature, le demandeur ou l'aidant responsable du demandeur reconnaît avoir lu, compris et accepté les conditions suivantes :

- Le demandeur réside ordinairement au Canada.
- Les renseignements fournis dans cette demande et le document médical à envoyer sont exacts et complets.
- Le document médical n'est pas utilisé pour chercher à obtenir ou obtenir du cannabis séché d'une autre source.
- MedReleaf Corp. DOIT recevoir le document médical original ou la licence de production à des fins personnelles (LPPF) originale ou la licence de production à titre de personne désignée (LPPD) originale afin d'effectuer l'inscription du patient.
- Le demandeur ne fera usage du cannabis séché qu'à ses propres fins médicales.
- Le demandeur comprend et reconnaît que l'usage du cannabis médicinal n'est pas approuvé actuellement au Canada en tant que médicament pharmaceutique.
- Le demandeur reconnaît et accepte qu'il ou elle fait usage du produit de cannabis médicinal à ses propres risques et dégage MedReleaf Corp. (et ses partenaires, fournisseurs, agents, administrateurs et les membres de son personnel) de toute responsabilité à l'égard de toute action, réclamation, plainte et demande à la suite de dommages, pertes ou préjudices quels qu'ils soient en conséquence directe ou indirecte de l'usage du cannabis médicinal obtenu de MedReleaf Corp.

Le demandeur accepte que MedReleaf Corp. peut recueillir, utiliser, divulguer et conserver ses renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels fournis par le demandeur, son aidant ou ses professionnels de la santé (collectivement, les « renseignements » du demandeur) afin de déterminer son admissibilité à titre de client de MedReleaf Corp., et son inscription à ce titre, et dans le but de remplir des commandes et de fournir des renseignements sur MedReleaf et ses produits et services, et dans le but d'obtenir et de traiter des paiements par le demandeur, ou en son nom, au besoin.

Le demandeur autorise MedReleaf Corp. à divulguer des renseignements à son aidant et ses professionnels de la santé, ou à obtenir d'autres renseignements de ceux-ci pour s'assurer que cette demande est exacte et complète et pour inscrire le demandeur à titre de client de MedReleaf Corp. et pour faciliter une supervision médicale continue. Le demandeur comprend et accepte qu'une copie de ce consentement et de cette demande d'inscription peut être fournie au professionnel de la santé.

Le demandeur comprend que MedReleaf Corp. recueillera, utilisera et divulguera ses renseignements en lien avec les services suivants de MedReleaf Corp. :

- Inscrire le demandeur à titre de client de MedReleaf Corp.;
- Remplir les commandes effectuées en ligne, distribuer le cannabis médicinal et fournir d'autres renseignements comme requis par le demandeur;
- Fournir au demandeur des renseignements sur ses produits et services, notamment : les dernières nouvelles sur les activités et initiatives de MedReleaf Corp., les renseignements sur les nouveaux produits et services, les mises à jour sur les produits, les problèmes de soutien technique, les événements et offres spéciales, et recommander des produits, des services ou des programmes;
- Obtenir et traiter des paiements pour le cannabis médicinal délivré au demandeur et obtenir un remboursement auprès de l'employeur ou de l'assureur du demandeur (au besoin); et
- Permettre à MedReleaf Corp. de respecter les lois applicables, et précisément les exigences du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales (RACFM).

En apposant sa signature ci-dessous, le demandeur reconnaît avoir lu, compris et accepté que : MedReleaf Corp. recueillera, utilisera, divulguera et conservera ses renseignements personnels comme précisé ci-dessus et comme énoncé dans la déclaration de confidentialité de MedReleaf, et que MedReleaf Corp. peut de temps en temps anonymiser les renseignements du demandeur à des fins de recherche, d'éducation médicale, d'analyse commerciale et d'autres raisons commerciales, notamment en associant les renseignements à d'autres données aux fins desdites analyses.

J'accepte de recevoir des messages électroniques contenant des nouvelles, des mises à jour et des promotions de MedReleaf au sujet de ses produits et activités. Notez que vous pouvez retirer votre consentement en tout temps.

Signature du demandeur ou de l'aidant :

Date de la signature (JJ/MM/AA) :

Comment avez-vous entendu parler de MedReleaf? (facultatif) :

**Veillez envoyer ce document dûment rempli ET votre document médical ORIGINAL, ou une copie du certificat d'inscription de Santé Canada, à notre intention à cette adresse :**

**MedReleaf**  
**Case postale 3040**  
**Markham Industrial Park**  
**Markham (Ontario) Canada**  
**L3R 6G4**

Le présent formulaire peut être rempli électroniquement ou imprimé et rempli à la main.

PC3-3