

ÉTAPE 3 : FORMULAIRE DE DEMANDE SUPPLÉMENTAIRE

Personne(s) responsable(s) du demandeur (renseignements sur le prestataire de soins)

Prénom : _____ Date de naissance : _____ ANNÉE | MOIS | JOUR

Nom de famille : _____ Sexe : homme femme non précisé

Numéro de téléphone : _____ Courriel : _____

Je suis responsable de : (Nom du demandeur en caractères d'imprimerie) _____ Lien avec le demandeur : _____

Personne responsable (prestataire de soins) : J'atteste par la présente que je suis responsable du demandeur inscrit ci-dessus (signature, nom en caractères d'imprimerie et date).

Cocher ici si toute la correspondance d'Emerald devrait être envoyée au prestataire de soins au lieu du client.

▼ Signature ▼ Nom du prestataire de soins en caractères d'imprimerie ci-dessous _____ ▼ Date de signature _____ ANNÉE | MOIS | JOUR

Prestataire de soins supplémentaire (facultatif)

Prénom : _____ Date de naissance : _____ ANNÉE | MOIS | JOUR

Nom de famille : _____ Sexe: homme femme non précisé

Numéro de téléphone : _____ Courriel : _____

Je suis responsable de : (Nom du demandeur en caractères d'imprimerie) _____ Lien avec le demandeur : _____

Personne responsable (prestataire de soins) : J'atteste par la présente que je suis responsable du demandeur inscrit ci-dessus (signature, nom en caractères d'imprimerie et date).

Cocher ici si toute la correspondance d'Emerald devrait être envoyée au prestataire de soins principal au lieu du client.

▼ Signature ▼ Nom du prestataire de soins en caractères d'imprimerie ci-dessous _____ ▼ Date de signature _____ ANNÉE | MOIS | JOUR

Demande du praticien de la santé pour recevoir du cannabis séché ou de l'huile de cannabis pour un client

Titre du praticien de la santé : Médecin Infirmier praticien

Nom (prénom / nom de famille) : _____ Nom de la clinique / de l'entreprise : _____

Adresse municipale : _____ No d'unité : _____ Code de sonnerie (facultatif) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

J'atteste par la présente que je consens à recevoir du cannabis séché ou de l'huile de cannabis au nom du demandeur (signature, nom en caractères d'imprimerie et date ci-dessous).

▼ Signature ▼ Nom en caractères d'imprimerie ci-dessous _____ ▼ Date de signature _____ ANNÉE | MOIS | JOUR