

À propos de la personne soignante 1 de 1

Nom du demandeur : _____ NOM DE FAMILLE, PRÉNOM

Date de naissance du demandeur : _____ AAAA/MM/JJ

Renseignements sur la personne soignante

À compléter si une ou plusieurs personnes soignantes sont responsables du demandeur.

 J'accepte de recevoir l'infolettre d'HEXO qui présente des nouvelles et des mises à jour, et fait promotion des produits d'HEXO. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment.

Nom de la personne soignante : _____ NOM DE FAMILLE, PRÉNOM

Date de naissance de la personne soignante : _____ AAAA/MM/JJ Sexe de la personne soignante : H F
 Autre: _____

Courriel de la personne soignante : _____ FACULATATIF

Numéro de téléphone de la personne soignante : _____ FACULATATIF Autre numéro de téléphone de la personne soignante : _____ FACULATATIF

Les messages via la messagerie vocale peuvent être laissés à ce numéro

Déclaration

Je _____ NOM DE LA PERSONNE SOIGNANTE suis responsable de _____ NOM DU DEMANDEUR

Signature de la personne soignante

X _____ Date: _____ AAAA/MM/JJ

Renseignements sur la personne soignante remplaçante

À compléter si une ou plusieurs personnes soignantes sont responsables du demandeur.

 J'accepte de recevoir l'infolettre d'HEXO qui présente des nouvelles et des mises à jour, et fait promotion des produits d'HEXO. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment.

Nom de la personne soignante remplaçante : _____ NOM DE FAMILLE, PRÉNOM

Date de naissance de la personne soignante remplaçante : _____ AAAA/MM/JJ Sexe de la personne soignante remplaçante : H F
 Autre: _____

Courriel de la personne soignante remplaçante : _____ FACULATATIF

Numéro de téléphone de la personne soignante remplaçante : _____ FACULATATIF Autre numéro de téléphone de la personne soignante remplaçante : _____ FACULATATIF

Les messages via la messagerie vocale peuvent être laissés à ce numéro

Déclaration

Je _____ NOM DE LA PERSONNE SOIGNANTE REMPLAÇANTE suis responsable de _____ NOM DU DEMANDEUR

Signature de la personne soignante remplaçante

X _____ Date: _____ AAAA/MM/JJ