

- Cette demande est pour modifier ou renouveler une inscription courante chez HEXO.

**Renseignements sur le demandeur**

À être complété par le demandeur ou la personne qui en est responsable et qui a une adresse permanente au Canada. Si le demandeur ne réside pas dans une résidence privée et qu'il n'a aucune adresse permanente, le formulaire Logement avec aide devra aussi être complété et compris avec cette demande.

Sexe du demandeur:  M  F  Autre \_\_\_\_\_

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ NOM DE FAMILLE, PRÉNOM

Date de naissance du demandeur : \_\_\_\_\_ AAAA/MM/JJ

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

Numéro de téléphone du demandeur : \_\_\_\_\_ FACULTATIF

Autre numéro de téléphone du demandeur : \_\_\_\_\_ FACULTATIF

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

Courriel du demandeur : \_\_\_\_\_ REQUIS POUR PLACER DES COMMANDES EN LIGNE

Numéro d'identification du client (NIC) : \_\_\_\_\_ SI LE DEMANDEUR EST, OU A DÉJÀ É INSCRIT AVEC HEXO

**Adresse résidentielle au Canada** (où le demandeur réside habituellement)

Il n'est pas nécessaire de compléter cette section si le formulaire Logement avec aide est soumis.

Adresse : \_\_\_\_\_ Suite : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

\*La marijuana médicale peut être expédiée à l'un des endroits suivants :

- Le domicile du demandeur (adresse résidentielle).
- L'adresse postale du demandeur.
- L'institution qui fournit des services au demandeur (si le formulaire Logement avec aide accompagne la demande).
- Au praticien de la santé du demandeur (si le consentement est indiqué sur le Document médical signé qui accompagne la demande).

**Adresse postale** (où la correspondance sera envoyée)

\*\*\* À COMPLÉTER SI CELLE-CI DIFFÈRE DE L'ADRESSE CIVILE \*\*\*

Adresse : \_\_\_\_\_ Suite : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

**Adresse d'expédition\*** (où le produit sera expédié)

\*\*\* À COMPLÉTER SI CELLE-CI DIFFÈRE DE L'ADRESSE CIVILE \*\*\*

Adresse: \_\_\_\_\_ Suite : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Note : L'adresse résidentielle d'expédition ne peut pas être une boîte postale.



**Facture directe à ACC pour les anciens combattants des Forces canadiennes**

\*La facture directe est sous réserve de l'approbation d'Anciens Combattants Canada.

Afin que HEXO puisse faire parvenir une facture directement à Anciens Combattants Canada\*, nous vous demandons :

1. D'assurer que le praticien de la santé indique l'état médical dans le Document médical;
2. De nous fournir le numéro de client avec Anciens Combattants Canada : \_\_\_\_\_
3. De compléter le formulaire Assentiment à divulguer des renseignements personnels sur la santé à Anciens Combattants Canada.

Par la présente, je confirme que les renseignements présentés dans cette demande sont véritables et complets et je reconnais que HEXO se fie à ces informations.

Je déclare :

- a) Le demandeur réside habituellement au Canada;
- b) Les renseignements inclus dans la demande et le Document médical sont exacts et complets;
- c) le document médical ne sert pas à obtenir ou à chercher à obtenir de la marijuana fraîche ou séchée ou de l'huile de chanvre indien d'une autre source;
- d) l'original du document médical est fourni à l'appui de la demande;
- e) le demandeur utilisera la marijuana fraîche ou séchée ou l'huile de chanvre indien uniquement à ses propres fins médicales.
- f) Le demandeur accepte que le praticien de la santé désigné dans le Document médical divulgue à HEXO les renseignements personnels requis pour inscrire le demandeur conformément aux exigences du *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales*;
- g) Le demandeur est conscient du fait que les bénéfices et les risques associés à la consommation de la marijuana peuvent impliquer des risques qui n'ont pas encore été identifiés et le demandeur accepte ces risques.
- h) En signant ce formulaire d'inscription, l'applicant ou la personne soignante (le cas échéant) permet à HEXO d'envoyer des informations d'enregistrement à l'adresse postale et courriel fournies ici.

Consultez la politique d'HEXO sur la protection des renseignements personnels, ainsi que son énoncé des risques, à l'adresse suivante : [www.thehydrothecary.com/privacy](http://www.thehydrothecary.com/privacy).

*Par la présente, vous reconnaissez et vous acceptez que la présente demande exige que vous fournissiez certains renseignements personnels à HEXO. Ces renseignements sont recueillis et seront utilisés par HEXO pour compléter votre inscription, compris mais sans s'y limiter, pour déterminer qu'il vous est permis d'acheter les produits de HEXO, pour déterminer si vous pouvez recevoir une aide financière si celle-ci vous est disponible de la part de tiers (par exemple, Anciens combattants Canada, Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec ou de compagnies d'assurance privées) (soit, collectivement, les Tiers autorisés), pour fins de recherche et d'étude et pour vous fournir un appui continu.*

*Vous reconnaissez par la présente que HEXO peut divulguer vos Renseignements personnels à : (a) Tiers autorisés, (b) tout autre intervenant, compris mais sans s'y limiter les chercheurs universitaires ou en médecine, mais seulement dans le cas où ces intervenants sont strictement tenus d'assurer la confidentialité des Renseignements personnels du demandeur, et, (c) l'équipe de soutien de HEXO. **En signant la présente demande, vous consentez à la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos Renseignements personnels tel que décrit dans le texte qui précède.***

*Note : Si la personne qui est responsable du demandeur a signé le présent formulaire, il faut aussi compléter le formulaire « À propos de la personne soignante » et le joindre à la demande.*

Demandeur    Personne responsable de la signature du demandeur  
(Prière de choisir qui est signataire)

\_\_\_\_\_  
Imprimer en lettres moulées

AAAA/MM/JJ  
\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

