

## Formulaire de consentement du soignant

Merci d'avoir choisi OrganigGram comme fournisseur producteur autorisé de cannabis médical. Avant que nous puissions autoriser un soignant à prendre des décisions en votre nom, vous aurez besoin de remplir ce formulaire.

Important, veuillez lire et signer ci-dessous:

Je, \_\_\_\_\_ confie à \_\_\_\_\_  
(Nom du patient) (Nom du soignant)

le pouvoirs de prendre des décisions en mon nom.

Date de naissance: JJ/ MM/ AAAA/

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(Nom du patient)

Informations sur le soignant

Prénom:

Date de Naissance: JJ/ MM/ AAAA/

Nom de famille:

Sexe:

Numéro de téléphone:

Numéro d'identification  
du patient\*:

Je, \_\_\_\_\_ déclare avoir le pouvoir de prendre toutes les décisions au nom de  
(nom du soignant)

\_\_\_\_\_  
(nom du patient)

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(soignant)