

Formulaire d'autorisation du professionnel de la santé

Merci d'avoir choisi Organigram comme fournisseur de marijuana thérapeutique. Avant de faire parvenir vos produits à un établissement de soins de santé, nous devons obtenir l'autorisation d'une personne responsable au sein de cet établissement. Nous vous prions donc de faire remplir le formulaire suivant.

Veillez lire attentivement et signer ci-dessous :

Je soussigné(e), _____ confirme que _____
(professionnel de la santé) (patient ou patiente)

peut recevoir la marijuana thérapeutique qui lui est prescrite à notre établissement ou à notre clinique.

Signature du professionnel de la santé : _____ Date : _____

Signature du patient ou de la patiente : _____ Date : _____

Avis aux professionnels de la santé en cas de retrait de consentement :

Si vous décidez de ne plus consentir et recevoir de la marijuana séchée au nom du patient ou de la patiente, prière d'envoyer un avis écrit en ce sens au patient ou à la patiente ainsi qu'au producteur autorisé.

Renseignements sur le professionnel de la santé

Même adresse professionnelle
que sur le document médical

Même adresse de
consultation que sur le
document médical

Autre :
Veillez préciser ci-dessous.