

Formulaires des Services Sociaux

Merci d'avoir choisi Organigram comme fournisseur de cannabis médical. Si actuellement vous ne disposez pas d'une adresse de résidence permanente et que vous recevez les services sociaux d'un refuge, d'un foyer ou d'un établissement similaire au Canada, vous devrez remplir ce formulaire.

Important, veuillez lire et signer ci-dessous :

Je, _____ atteste que _____
(Nom du responsable) (Établissement des services sociaux)

fournit de la nourriture, un logement ou d'autres Services sociaux à _____
(Nom du client)

Signature : _____ Date : _____
(Signature du responsable)

Signature : _____ Date : _____
(Signature du client)

Avis à l'établissement de services sociaux :

Retrait de son consentement par l'établissement des services sociaux :

Si l'établissement précité cesse de consentir à recevoir du cannabis médical pour le patient, le responsable doit envoyer un avis écrit au patient et au producteur agréé à cet effet.

Établissement des services sociaux

Nom :

Type :

Numéro de téléphone / Fax :

Adresse Postal :

Adresse de Livraison :

Identique à celle ci-dessus