

DEMANDE D'INSCRIPTION

VEUILLEZ NOTER: Pour terminer l'inscription, tous les champs marqués d'un astérisque (*) doivent être remplis. Le demandeur peut soumettre son document médical original ou une copie de son certificat d'immatriculation avec une copie de sa pièce d'identité avec photo valide (permis de conduire, passeport, etc.). Ces informations doivent correspondre aux informations fournies dans le document médical original ou la copie du certificat d'enregistrement. Les formulaires incomplets entraîneront un retard dans l'inscription. Les formulaires de demande remplis avec le document médical original ou une copie du certificat d'enregistrement et une copie valide de la pièce d'identité avec photo peuvent être soumis par courrier.

NOUVEAUX CLIENT(E) CLIENT(E) DE RETOUR

INFORMATIONS SUR L'APPLICATION*

Titre	Prénom *	Nom de Famille *
Date de naissance * (MM/JJ/AAAA)	Genre * <input type="checkbox"/> MÂLE <input type="checkbox"/> FEMELLE <input type="checkbox"/> Je ne m'identifie ni ne m'associe à l'un ou l'autre des sexes	
Adresse de Rue *		Buzzer # (si applicable)
Ville *	Province*	Code Postal *
Numéro de téléphone *	Adresse Courriel: <i>Cette adresse e-mail sera utilisée pour vous donner accès à la boutique en ligne pour acheter vos médicaments. Si aucune adresse courriel n'est fournie, les commandes ne seront possibles que par téléphone.</i>	
Le demandeur fournit (choisissez-en un): <input type="checkbox"/> Document médical original <input type="checkbox"/> Copie du certificat d'enregistrement		
Le demandeur cherche-t-il à acheter: <input type="checkbox"/> Graines de cannabis uniquement <input type="checkbox"/> Clones de cannabis uniquement <input type="checkbox"/> Graines et clones de cannabis		
Le demandeur est-il inscrit auprès d'un autre producteur autorisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, alors le nom du producteur autorisé:		
Type de cannabis acheté par l'intermédiaire de l'autre producteur autorisé? <input type="checkbox"/> Graines de cannabis uniquement <input type="checkbox"/> Clones de cannabis uniquement <input type="checkbox"/> Graines et clones de cannabis		
Consentement par courriel * <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>En cochant cette case, vous acceptez de recevoir des messages électroniques commerciaux d'Apollo Green et de sociétés tierces à des fins de marketing. Vous pouvez vous désinscrire de ces messages à tout moment.</i>		

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES SUR LE DEMANDEUR (EN OPTION)

Vétérain des Forces armées canadiennes K #

ADRESSE DE LIVRAISON / POSTALE DU DEMANDEUR *

L'adresse d'expédition / postale est la même que ci-dessus

Adresse de Rue	Buzzer # (Si Applicable)
Ville	Province
	Code Postal

L'adresse de livraison est-elle la même que l'adresse indiquée sur le certificat d'enregistrement? OUI NON
N/A

INFORMATIONS INDIVIDUELLES RESPONSABLES (SI APPLICABLE)

À remplir par la personne responsable du demandeur. La personne responsable peut agir au nom du client enregistré. Ils peuvent faire des demandes de renseignements, des modifications et des commandes de la part du client.

Titre	Prénom*	Nom de Famille*
Date de naissance* (MM/JJ/AAAA)	Genre* <input type="checkbox"/> MÂLE <input type="checkbox"/> FEMELLE <input type="checkbox"/> PRÉFÉREZ DE NE PAS divulguer	
Numéro de Téléphone*	Adresse Courriel	

AUTORISATION DU DEMANDEUR ET / OU DE LA PERSONNE RESPONSABLE

Le demandeur soussigné et / ou la personne responsable comprend, accepte et garantit que:

1. Le demandeur réside habituellement au Canada, et si le demandeur cesse de résider au Canada, lui-même ou l'adulte responsable mentionné ci-dessus doit aviser Apollo Green de son statut de résident immédiatement.
2. Si le demandeur utilise son document médical original pour s'inscrire, le demandeur ou l'adulte responsable mentionné ci-dessus confirme que le document n'a pas été, à sa connaissance, modifié.
Lors de l'inscription sur la base d'un document médical, le document doit être ORIGINAL. Une autorisation de possession (ATP), une licence de production à usage personnel (PUPL) ou une licence de production de personne désignée (DPPL) ne peut pas être utilisée pour s'inscrire auprès d'un producteur sous licence MMPR (LP), car toutes les dates de validité sont maintenant dépassées. Une fois l'inscription terminée, le document médical original ne peut être retourné au demandeur ou à l'adulte responsable mentionné ci-dessus, pour quelque raison que ce soit.
3. Lors de son inscription sur la base d'un document médical, le demandeur consent à ce que le praticien de la santé (HCP) nommé dans la présente demande et le document médical qui l'accompagne puisse divulguer à Apollo Green, les renseignements personnels sur la santé du demandeur aux fins du traitement de cette demande d'inscription conformément à les exigences du Règlement sur le cannabis. Le demandeur comprend et accepte qu'une copie de ce consentement et de la demande d'inscription puisse être fournie au praticien de la santé nommé dans la présente demande et dans le document médical qui l'accompagne.
4. Lors de l'inscription sur la base du certificat d'inscription, le demandeur ou l'adulte responsable mentionné ci-dessus, atteste que la copie du certificat d'inscription fournie est une reproduction fidèle de l'original.
5. Tous les adultes responsables, nommés ci-dessus, attestent qu'ils sont pleinement responsables du demandeur. L'enregistrement auprès d'un producteur autorisé (LP) MMPR ne donne PAS au demandeur une licence de possession de cannabis. Il permet au demandeur d'acheter du cannabis directement auprès de ce producteur autorisé pour la durée indiquée par le praticien de la santé (HCP) dans le document médical d'accompagnement.
6. Le demandeur n'utilisera que des plantes de cannabis, des graines de plantes de cannabis, du cannabis séché et / ou de l'huile de cannabis obtenue d'Apollo Green à ses propres fins médicales.
7. Les informations contenues dans cette demande et le document médical ou le certificat d'inscription qui l'accompagne sont corrects et complets, à la connaissance du demandeur ou de l'adulte responsable, mentionné ci-dessus.
8. Le document médical ou le certificat d'enregistrement qui l'accompagne n'est pas utilisé pour rechercher ou obtenir des plantes de cannabis, des graines de plantes de cannabis ou du cannabis séché d'une autre source. Le demandeur reconnaît que ni le cannabis séché ni l'huile de cannabis ne sont des produits thérapeutiques approuvés et que le cannabis n'a pas été autorisé dans le cadre du processus d'approbation des médicaments standard de Santé Canada. En effet, les preuves scientifiques actuelles n'établissent pas l'innocuité et l'efficacité du cannabis dans la mesure requise par le Règlement sur les aliments et drogues pour les médicaments commercialisés au Canada.
9. Le demandeur reconnaît qu'il utilise des plantes de cannabis, des graines de plantes de cannabis, du cannabis séché et des produits à base d'huile de cannabis obtenus d'Apollo Green à ses propres risques. Le demandeur libère également spécifiquement Apollo Green (et ses fournisseurs de services, dirigeants, administrateurs et personnel) de toutes les actions, réclamations, plaintes et demandes de dommages, pertes ou blessures de quelque nature que ce soit, qu'elles soient directement ou indirectement consécutives à l'utilisation des produits ou services Apollo Green.
- 10.
- 11.
- 12.

13. Afin de recevoir nos produits et services, le demandeur et / ou la personne responsable autorise Apollo Green à divulguer les renseignements personnels nécessaires aux fournisseurs de services d'Apollo Green, à Santé Canada, aux Anciens Combattants et / ou aux fournisseurs d'assurance, selon le cas, conformément à la Politique de Confidentialité d'Apollo Green.
14. Le demandeur reconnaît qu'en signant ce formulaire de demande d'inscription, vous consentez à recevoir des communications de notre part par courriel et par des moyens électroniques similaires. Si vous souhaitez traiter avec nous via un autre canal ou mécanisme, vous devrez prendre des dispositions spéciales pour cela en nous contactant au 613-443-0011.
15. Le Candidat reconnaît que ses informations personnelles peuvent être accessibles par des sociétés tierces utilisées par Apollo Green

SIGNATURE INDIVIDUELLE RESPONSABLE (SI Applicable):

Date* (MM/JJ/AAAA):

Une fois remplie, cette demande d'enregistrement, accompagnée du document médical original ou de la copie du certificat d'enregistrement ainsi que d'une copie de la pièce d'identité avec photo valide du demandeur, peut être soumise à Apollo Green

Par poste à: 400 Commerce Street, Vars, ON KOA 3H0.

Cette demande ne sera traitée que lorsque tous les documents demandés seront entièrement remplis et que toutes les pièces justificatives auront été reçues.