



FORMULAIRE DE QUITTANCE POUR LES MÉDECINS

Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales

L'Association canadienne de protection médicale recommande aux médecins membres qui assistent des patients dans le cadre d'une demande en vertu du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* de demander aux patients demandeurs de signer une quittance. Le formulaire de quittance suivant a été préparé et approuvé par l'Association canadienne de protection médicale :

Je, _____ ,
(nom en lettres moulées du demandeur)

consens à ne pas présenter de réclamation ni de plainte et à ne pas entreprendre de poursuite contre le(s) Dr(s) _____

(nom en lettres moulées du médecin qui signe la déclaration médicale et, dans le cas d'un symptôme de catégorie 2, nom du médecin qui agit à titre de spécialiste en vertu de l'article 6 du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*)

relativement au processus de demande en vertu du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* ou à mon usage de marijuana.

Je libère le(s) Dr(s) _____

de toute action, cause d'action, réclamation, plainte et demande pour dommage, perte ou préjudice de quelque nature que ce soit résultant directement ou indirectement de ma demande en vertu du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* ou de mon usage de marijuana. La présente quittance lie mes héritiers, liquidateurs de succession et ayants cause.

Signature du demandeur

Date

Signature du témoin

Date