Santé Canada Health Canada

Formulaire F

Consentement du propriétaire

Le présent formulaire doit être rempli et signé par les propriétaires de l'endroit lorsque le lieu de production proposé n'est pas le lieu de résidence habituelle du demandeur et n'est pas sa propriété ou, le cas échéant, celle de la personne désignée.

Important

1. Il est important de comprendre que tous les renseignements demandés doivent être fournis pour éviter les retards inutiles.
2. Nous ne pouvons pas traiter la demande avant que tous les formulaires appropriés soient reçus.
3. Veuillez conserver une copie de ce formulaire dans vos dossiers.

Si vous avez des questions au sujet de ce formulaire, communiquez avec Santé Canada sans frais au 1-866-337-7705.

Veuillez transmettre toutes les demandes remplies à :

Division de l'accès médical à la marihuana
Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées
Santé Canada
Indice de l'adresse : 3503B
Ottawa (Ontario) K1A 1B9

Canada

F1 Renseignements sur le propriétaire

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M.

Nom complet du propriétaire :

Adresse : Numéro d'appartement :

Ville : Province : Code postal :

Adresse du lieu de production (si différente de celle susmentionnée)

Adresse : Numéro d'appartement :

Ville : Province : Code postal :

Dans le cas où aucune adresse municipale est disponible, donnez les numéros de lot et de concession :

Numéro de lot :

Numéro de concession :

F2 Consentement du propriétaire

a) Propriétaire unique

J'atteste que je suis le seul propriétaire du lieu de production proposé et j'accorde mon consentement à (nom complet du demandeur ou de sa personne désignée) _____ à produire de la marihuana à cette propriété conformément au *Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales*.

Le propriétaire doit noter que la marihuana peut également être entreposée dans le lieu de production.

SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE DATE

NOM EN LETTRES MOULÉES

Nota : S'il s'agit d'une copropriété, veuillez inscrire ci-dessous les nom et adresse de chacun des autres copropriétaires.

b) Copropriétaires

Nom complet du copropriétaire :

Adresse : Numéro d'appartement

Ville : Province : Code postal :

Nom complet du copropriétaire :

Adresse : Numéro d'appartement

Ville : Province : Code postal :

(suite à la page suivante)

(F2 suite)

J'accorde mon consentement à (nom complet du demandeur ou de sa personne désignée) _____ à produire de la marihuana à cette propriété conformément au *Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales*.

Les propriétaires doivent noter que la marihuana peut également être entreposée dans le lieu de production.

_____

SIGNATURE DU COPROPRIÉTAIRE DATE

_____

NOM EN LETTRES MOULÉES

_____

SIGNATURE DU COPROPRIÉTAIRE DATE

_____

NOM EN LETTRES MOULÉES

IMPORTANT :

1. **Il est important de comprendre que tous les renseignements obligatoires demandés doivent être fournis pour éviter les retards inutiles.**
2. **Nous ne pouvons pas traiter la demande avant que *TOUS* les formulaires appropriés soient reçus.**
3. **Conservez une copie du présent formulaire dans vos dossiers. Si vous avez des questions à propos de ce formulaire, communiquez avec Santé Canada sans frais au 1-866-337-7705.**