

**Renseignements personnels du patient**

 Nom et prénom (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)  Masculin  Féminin

Numéro de Rue

Ville État/Province Pays Code postal

Téléphone (domicile) Téléphone (autre)

courriel électronique Date de naissance (MM/JJ/AA)

Quel est le meilleur moment pour vous contacter?

Si vous êtes un nouveau patient ou si vous voulez modifier vos renseignements personnels, veuillez s'il-vous-plaît compléter cette section.

**Une autre personne à contacter**

Nom de la personne

Lien avec la personne Numéro de téléphone

**Votre médecin de famille**

Nom du médecin

Nom de clinique, Numéro de Rue

Ville État/Province Pays Code postal

Numéro de téléphone Ext. Numéro de télécopieur

courriel électronique

**Allergies**

 Êtes-vous allergiques à certains médicaments?  Yes  No

Si oui, s'il-vous-plaît citez les noms des médicaments auxquels vous êtes allergiques:

**Médicaments sur ordonnance médical, médicaments sans ordonnance, plantes médicinales que vous prenez présentement.**  
 (citez seulement les médicaments autres que ce que vous commandez/ vous commandez)

MÉDICAMENT(S)	DOSE	FREQUENCE

**Programme de référence**

(Complétez pour gagner les crédits pour vous-même et la personne qui vous a référée)

Nom et prénom de la personne qui vous a référée Numéro de téléphone

 Envoyez-moi une trousse de Référence

**Medication**

 Pour commander le(s) médicament(s), s'il-vous-plaît entrer la quantité et le prix que vous voyez sur notre site internet ou obtenu à travers notre agent de service à la clientèle. L'original de l'ordonnance prescrit par votre médecin est requis (vous pouvez l'envoyer par la poste). **LE PRIX EST FIXÉ EN DOLLAR AMÉRICAIN (ÉU).**

 Aimerez-vous avoir un appel pour vous rappeler sur votre prochain commande de médicaments?  
 Oui  No

Pour les médicaments destinés aux animaux domestiques, s'il-vous-plaît cochez:

 Chat  Chien  Autres (Précisez) \_\_\_\_\_

Nom d'animal familier: \_\_\_\_\_

GÉNÉRIQUE OK?	MÉDICAMENTS	DOSE	QTÉ	PRIX

\* Les frais de livraison de 24 \$ est appliqué pour tous les pays, à l'exception des États-Unis, Costa Rica inclus, du Canada et du Royaume-Unis.

**LIVRAISON:**
**TOTAL:**
**Méthodes de paiement**

 ① **Carte de Crédit:**  Visa  Mastercard (Nous n'acceptons pas Discover ou American Express)

Propriétaire de la Carte

Adresse du propriétaire de la carte

Ville État/Province Pays Code postal

Numéro de la Carte de crédit Date d'échéance MM/AA CVV #

**OR**

 ② **Chèque ou Mandat Postal**

Envoyez à:

**CanadaDrugs.com**
**24 Terracon Place, Winnipeg, MB, R2J 4G7, Canada**
**Accord du Patient (cochez un s'il-vous-plaît)**
 Je suis majeur(e), et ceci signifie au partenariat de CanadaDrugs.com, à ses compagnies affiliées, à ses agent(e)s et à ses employé(e)s que:

1. J'ai fourni avec exactitude tous mes renseignements personnels et médicaux et j'autorise que ceux-ci soient utilisés par CanadaDrugs.com; J'ai subi un examen médical d'un médecin dans les 12 derniers mois; un autre examen médical n'est pas exigé.

2. J'autorise et nomme CanadaDrugs.com, comme mon mandataire et agent, pour entreprendre toutes les démarches, signer tous les documents et à agir pour mon compte comme si j'étais personnellement présent et agir moi-même pour (a) recevoir les médicament(s) canadien(s) pour le(s)quel(s) j'ai envoyé l'ordonnance au CanadaDrug.com; et (b) emballer mes médicaments et en assurer l'expédition. Cette autorisation inclura sans aucune limitation la collecte des renseignements personnels et médicaux et la divulgation de ces renseignements au CanadaDrugs.com et au médecin canadien choisi en mon nom tel qu'exige. Cette autorisation peut-être révoquée à n'importe quel moment et continue jusqu'à ce que je la révoque.

3. Je reconnais que CanadaDrugs.com est une Pharmacie Canadienne avec une licence de pratiquer et pratique les activités pharmaceutiques dans la province du Manitoba et que j'achète les médicaments en vente au Canada et approuvés par Santé - Canada. Les médicaments passent à mon titre lorsqu'ils quittent la pharmacie canadienne de CanadaDrugs.com. Toutes les ententes consenties ou contrats signés avec CanadaDrugs.com seront considérés comme ayant eu lieu au Manitoba et seules les réglementations et la juridiction de la Province du Manitoba seront appliquées en cas de toute dispute survenue entre moi et CanadaDrugs.com, ses affiliés et ses dirigeants.

J'ai lu et comprends ces conditions et j'accepte qu'elles soient appliquées sur moi, mes légataires, mes héritiers et mes représentants personnels.

**OU**
 "Je suis le parent/tuteur légal/mandataire du patient concerné et suis majeur(e); j'ai la pleine autorité de signer ce formulaire et de représenter le patient auprès du CanadaDrugs.com"


Signature du patient

Date(MM/JJ/AA)

**PSC:**
**MKT:**
**AFF:**

Veuillez s'il-vous-plaît remplir et envoyer ce formulaire pour que nous puissions traiter votre commande.

Nom et prénom

Téléphone

Numéro de Commande ( s'il est disponible)

**Option 1:** Contactez mon médecin\*

Nom du médecin			
Nom de clinique, Numéro de Rue			
Ville	État/Province	Pays	Code postal
Numéro de téléphone	Ext.	Numéro de télécopieur	

**Option 2:** Contactez la Pharmacy\*

Nom de la pharmacie			
Numéro de Rue			
Ville	État/Province	Pays	Code postal
Numéro de téléphone	Ext.	Numéro de télécopieur	

Si vous voulez que notre pharmacien entre en contact avec votre médecin ou pharmacien pour obtenir ou transférer l'ordonnance médicale, veuillez s'il-vous-plaît nous faire parvenir la liste des médicaments.

Médicament(s)	Dose	Directions	Nombre d'ordonnances

\* Contacter votre docteur et transfert à partir d'une autre pharmacie est disponible uniquement pour les résidents des États-Unis et du Canada des États-Unis d'Amérique et du Canada

**Option 3:** Envoyez votre ordonnance par la poste

Attacher votre ordonnance par ici

S'il-vous-plaît utilisez un formulaire séparé pour chaque ordonnance

**CanadaDrugs.com**  
 24 Terracon Place  
 Winnipeg, Manitoba  
 R2J 4G7  
 Canada

**REMARQUE:** si vous avez envoyé l'ordonnance par courrier électronique ou par télécopieur, envoyez aussi l'original par le courrier postal.