



FORMULAIRE DE DEMANDE DE TARIF RÉDUIT POUR DES RAISONS HUMANITAIRES

Prénom: _____

Nom: _____

Numéro de téléphone: _____

Confirmation du besoin d'aide financière:

- En remplissant ce formulaire, vous confirmez que vous souhaitez participer au programme de tarif réduit pour des raisons humanitaires de Tilray Medical et que votre revenu brut annuel est inférieur à 32,500 \$.
- Tilray Medical peut apporter des modifications à son programme de tarif réduit pour des raisons humanitaires ou y mettre fin à tout moment.
- Tilray Medical peut annuler votre participation au programme de tarif réduit pour des raisons humanitaires si une information fournie est jugée faussée ou trompeuse.
- Vous acceptez de fournir à Tilray Medical des preuves de votre revenu si elle en fait la demande, faute de quoi vous ne serez plus admissible au programme de tarif réduit pour des raisons humanitaires.

Je reconnais que Tilray Médical est une marque du marché médical d'Aphria Inc, qui est titulaire d'une licence de « vente à des fins médicales » autorisée par le gouvernement fédéral. En tant que tel, je reconnais qu'Aphria Inc est responsable d'effectuer toutes les inscriptions et transactions via Tilray Médical avec qui je serai inscrit.

En signant cette demande, je reconnais avoir lu et compris les informations ci-dessous et consens à la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes informations personnelles (y compris les informations personnelles sur ma santé et mes informations financières) par Aphria Inc., qui est une marque d'Aphria Inc. sur le marché médical, qui est titulaire d'une licence de « Vente à des fins médicales » autorisée par le gouvernement fédéral du Canada, aussi qu'un agent et fournisseur de services autorisés, tel qu'expliqué. Je comprends que mes renseignements personnels seront collectés, utilisés et divulgués aux fins d'évaluation de mon admissibilité à participer au programme de tarif réduit pour des raisons humanitaires (le « Programme ») et de gestion et d'administration du Programme, y compris la prestation des services du Programme à mon égard, si on estime que je suis admissible à y participer, et de communication de renseignements sur le Programme à mon égard.

Je comprends que, pour vérifier mon revenu brut annuel, je peux être tenu de fournir à Aphria Inc. un exemplaire de mon avis de cotisation initial fourni par l'Agence du revenu du Canada pour la dernière année.

Je comprends qu'Aphria Inc. a l'obligation légale de signaler les effets indésirables liés à ses produits et d'assurer un suivi des plaintes concernant ses produits. Les renseignements personnels fournis dans le cadre du Programme peuvent : i) faire l'objet d'un suivi par Aphria Inc. ou ses fournisseurs de services en ce qui a trait aux données de sécurité et aux plaintes concernant les produits afin d'assurer la conformité avec ces obligations légales en matière de signalement; et ii) être communiqués aux autorités sanitaires locales ou internationales. Aphria Inc. peut communiquer avec vous ou votre médecin pour obtenir des renseignements supplémentaires afin de s'acquitter de ses obligations en matière de signalement. Vos renseignements personnels peuvent être combinés avec ceux d'autres participants du Programme afin de produire des données agrégées qui ne contiennent pas de renseignements identificatoires (« données agrégées »). Les données agrégées peuvent être utilisées par Aphria Inc. et ses fournisseurs de services afin d'améliorer ou de parfaire le Programme, de concevoir et de mettre en œuvre d'autres programmes destinés aux patients et aux fins de recherche, y compris pour dégager des tendances relativement à l'utilisation de produits, à leur conformité ou aux résultats.

Veillez noter qu'Aphria Inc. et ses fournisseurs de services peuvent stocker ou traiter vos renseignements personnels au Canada. De plus, vos renseignements personnels peuvent être utilisés ou divulgués à des tiers si des lois applicables, des ordonnances du tribunal ou la réglementation gouvernementale le permettent ou l'exigent (collectivement, les « lois applicables »).

Vos renseignements personnels seront conservés que pendant la période nécessaire aux fins prévues et pour se conformer aux lois applicables. Les mesures de protection standard de l'industrie seront utilisées pour assurer la sécurité des renseignements personnels collectés. Vous pouvez communiquer avec Aphria Inc. à tout moment pour mettre à jour vos renseignements personnels ou y accéder, pour modifier ou retirer votre consentement (en tout ou en partie), pour lui faire part d'une préoccupation liée à la protection de votre vie privée ou encore pour obtenir de l'information sur les pratiques en matière de protection de la vie privée du Programme (y compris celles liées au traitement des renseignements à l'étranger). Vous pouvez communiquer avec nous par courriel à patientbenefits@tilraymedical.com. Veuillez noter que, si vous modifiez ou retirez votre consentement, il est possible que votre capacité à bénéficier des services du Programme soit limitée.

Signature du patient: _____

Date: _____

Une fois le présent formulaire rempli, envoyez-le par courriel à patientbenefits@tilraymedical.com ou par la poste à

Case postale 20009 269 rue Erie Sud, Leamington, Ontario N8H 3C4

ÉQUIPE DE SOINS AUX PATIENTS DE TILRAY MEDICAL

1-844-427-4742 | patientbenefits@tilraymedical.com