

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS
PERSONNELS DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE MÉDICAMENTS SUR
ORDONNANCE DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR**

1. Je, _____, donne par la présente mon consentement
(nom complet du client, tel qu'il apparaît sur sa carte du MCP)
éclairé à la Division des services pharmaceutiques du ministère de la Santé et des Services
communautaires et à son fournisseur de services pour la divulgation de l'ensemble ou d'une
partie de mes renseignements personnels sur la santé en sa possession
à _____ mon _____
(inscrire le nom de la personne ou de l'organisme) (fils, fille, conjoint, aidant, etc.)
pour m'aider à recevoir des prestations de soins de santé dans le cadre du Programme de
médicaments sur ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador.

2. Ce consentement est valide jusqu'à ce que j'y mette fin par écrit.

Signature du client

Signature du témoin

Nom du témoin (en lettres moulées)

Rempli à _____, ce _____ jour de _____.
(municipalité) (jour) (mois) (année)

Numéro du MCP du client

Adresse

Numéro d'assurance sociale

Ville

Date de naissance

Numéro de téléphone

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse ci-dessous ou par télécopieur au :
709-729-2851. Pour toute question ou préoccupation, veuillez composer le 709-729-6507 ou le
numéro sans frais 1-888-222-0533 (en anglais). Pour obtenir de l'aide en français, communiquez avec
le Bureau des services en français, au 709-729-0311 ou sans frais au 1-800-775-6170.