

**? Pour nous joindre**

Plan de médicaments sur ordonnance  
du Nouveau-Brunswick  
C.P. 690 Moncton (N.-B.) E1C 8M7

**Numéro sans frais : 1-800-332-3692**  
Télécopieur : 1-888-455-8322  
Site Web : [gnb.ca/PMONB](http://gnb.ca/PMONB)

Régime médicaments du  
Nouveau-Brunswick  
C.P. 690 Moncton (N.-B.) E1C 8M7

**Numéro sans frais : 1-855-540-7325**  
Télécopieur : 1-888-455-8322  
Site Web : [gnb.ca/regimemedicaments](http://gnb.ca/regimemedicaments)

**1 Confirmation de l'identité - Membre**

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale : \_\_\_\_\_

Date de naissance : JJ \_\_\_\_ / MM \_\_\_\_ / AAAA \_\_\_\_\_

N° d'identification ou numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

**ADRESSE**

Adresse (numéro et rue) : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_

Ville/village : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

**2 Confirmation d'identité - Tiers**

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Date de naissance : JJ \_\_\_\_ / MM \_\_\_\_ / AAAA \_\_\_\_\_

**ADRESSE**

Adresse (numéro et rue) : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_

Ville/village : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

### 3 Consentement

En signant ce formulaire, vous donnez aux Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick la permission de partager, sans aucune restriction, vos renseignements personnels avec la personne que vous nommez ci-dessous. Vous pouvez en tout temps retirer cette permission en téléphonant au numéro sans frais sur la page 1.

Je, (insérer votre nom) \_\_\_\_\_, autorise les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick à divulguer à (insérer le nom de la tierce partie)

\_\_\_\_\_

tous mes renseignements de santé personnels;

mes renseignements de santé personnels précis concernant \_\_\_\_\_, dans le but de \_\_\_\_\_.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : JJ \_\_\_\_ / MM \_\_\_\_ / AAAA \_\_\_\_\_

### 4 Renseignements sur le témoin

Toute personne âgée de 19 ans et plus peut agir à titre de témoin, à l'exception des personnes nommées sur ce formulaire. En signant ci-dessous, le témoin atteste que les personnes nommées sur ce formulaire sont bien celles qu'elles prétendent être.

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : JJ \_\_\_\_ / MM \_\_\_\_ / AAAA \_\_\_\_\_

### 5 Remarque importante

Vos renseignements personnels sont recueillis, utilisés et divulgués conformément à la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée du Nouveau-Brunswick* de même qu'à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé du Nouveau-Brunswick*. Pour obtenir de plus amples renseignements, visitez le [www.gnb.ca/santevieprivée](http://www.gnb.ca/santevieprivée) ou téléphonez au numéro sans frais sur la page 1.

Dans les cas où les documents contiennent les renseignements personnels de plus d'une personne, chacune d'elles doit donner son consentement sur des formulaires séparés avant que les renseignements ne soient divulgués.