

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Pour ouvrir un compte avec le service de *pharmacie par la poste de Sobeys*, vous devez nous fournir le même type d'information que vous donnez habituellement à votre pharmacien, comme votre nom, votre adresse et des renseignements sur votre régime d'assurance-médicaments et sur le paiement par carte de crédit. Vous n'avez pas à payer de frais d'inscription pour ouvrir un compte et vous n'êtes pas tenu d'utiliser les services offerts par le service de *pharmacie par la poste de Sobeys*. Veuillez remplir le présent formulaire et le soumettre au service de *pharmacie par la poste de Sobeys*. Les champs précédés d'un astérisque (*) sont obligatoires.

SECTION 1 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Membre Principal:

Nom de famille	Prénom	Init.	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
----------------	--------	-------	--------------------------------	--

Adresse du domicile:

Numéro	Rue	App.	Ville	Province	Code postal
--------	-----	------	-------	----------	-------------

Principale adresse de livraison (si elle est différente de l'adresse ci-dessus) :

Numéro /CP / RR#	Rue	App.	Ville	Province	Code postal
------------------	-----	------	-------	----------	-------------

Autre adresse de livraison (facultatif) :

Numéro /CP / RR#	Rue	App.	Ville	Province	Code postal
------------------	-----	------	-------	----------	-------------

Avez-vous des exigences de livraison particulières? Si oui, indiquez-les ci-dessous Oui Non

Numéros de téléphone:

Domicile: () _____ - _____
 Bureau : () _____ - _____
 Cellulaire : () _____ - _____

Adresse de courriel : _____

Voulez-vous que nous communiquions avec vous par courriel concernant:

Vos médicaments sur ordonnance? Oui Non
 D'autres renseignements sur votre santé ou des promotions? Oui Non

AIR MILES^{md} Indiquez le numéro et le nom qui se trouvent sur votre carte d'adhérent AIR MILES^{md} :

Numéro du carte

Pour adhérer au programme de récompense AIR MILES^{md}, visitez www.airmiles.ca

Renseignements sur le conjoint:

Nom de famille	Prénom	Init.	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
----------------	--------	-------	--------------------------------	--

Renseignements sur les enfants a charge:

Nom de famille	Prénom	Init.	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
----------------	--------	-------	--------------------------------	--

Nom de famille	Prénom	Init.	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
----------------	--------	-------	--------------------------------	--

Nom de famille	Prénom	Init.	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
----------------	--------	-------	--------------------------------	--

Nom de famille	Prénom	Init.	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
----------------	--------	-------	--------------------------------	--

Envoyer à : Case postale 25132, Moncton (NB) E1C 9M9 • Téléc. : 1 888 343-6060 • Courriel : info@SobeysPharmacybyMail.ca

Si vous avez besoin d'aide, composez le 1-866-657-MEDS (6337)

SECTION 2 RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE ET LE PAIEMENT

Renseignements sur le régime d'assurance-médicaments:

Vous ou un membre de votre famille êtes-vous couvert par un régime d'assurance-médicaments? Oui Non

Si vous avez besoin d'aide composez le 1 866 657-6337.

Si oui, donnez les renseignements suivants:

Nom du régime d'assurance collective de l'employeur ou autre fournissant la couverture:	Nom de l'assureur (par ex., Croix Bleue, Manuvie, ESI, MHCSI, MSI, NBPDP, ODB, etc.):
---	---

Si vous avez une carte-médicaments électronique, veuillez fournir les renseignements suivants (comme ils sont indiqués sur votre carte-médicaments ou, le cas échéant, sur votre carte d'assurance-maladie provinciale).



Numéro de groupe:	Numéro d'identification:	Numéro de l'émetteur:
-------------------	--------------------------	-----------------------

Vous ou un membre de votre famille êtes-vous couvert par un régime d'assurance-médicaments? Oui Non

Si oui, donnez les renseignements suivants:

Nom du régime d'assurance collective de l'employeur ou autre fournissant la couverture:	Nom de l'assureur (par ex., Croix Bleue, Manuvie, ESI, MHCSI, MSI, NBPDP, ODB, etc.):
---	---

Si l'autre régime comprend une carte-médicaments électronique, veuillez fournir les renseignements suivants (comme ils sont indiqués sur votre carte-médicaments ou, le cas échéant, sur votre carte d'assurance-maladie provinciale):



Numéro de groupe:	Numéro d'identification:	Numéro de l'émetteur:
-------------------	--------------------------	-----------------------

Renseignements sur la carte de crédit:

Le service de pharmacie par la poste de Sobeys a besoin de renseignements sur votre carte de crédit pour traiter les coûts des médicaments sur ordonnance que vous devez payer vous-même (comme la franchise ou votre quote-part), de même que pour tout autre achat d'articles en vente libre que vous souhaitez faire par l'entremise du service de pharmacie par la poste de Sobeys. Les renseignements sur votre carte de crédit ne sont utilisés que pour traiter les produits et les services que vous avez achetés du service de pharmacie par la poste de Sobeys. Si ces renseignements changent (comme la date d'expiration), vous êtes responsable de mettre le service de pharmacie par la poste de Sobeys au courant.

Carte de crédit: Visa Mastercard American Express Diners Card

Numéro de la carte de crédit	Date d'expiration
------------------------------	-------------------

SECTION 3 CONSENT

Le service de pharmacie par la poste de Sobeys s'engage à assurer la confidentialité des renseignements personnels relatifs à ses clients. Tous les renseignements fournis sur le présent formulaire demeureront entièrement confidentiels. Ces renseignements ne sont pas divulgués ni partagés sans votre consentement.

Je _____ ECRIT NOM _____ accepte que pharmacie par la poste de Sobeys recueille, utilise et divulgue des renseignements personnels à mon sujet comme l'indique le document *Nous protégeons vos renseignements médicaux personnels – Un message de vos pharmaciens* afin de m'offrir des services conformes aux lois et aux règlements gouvernant la pratique de la pharmacie.

En cochant cette case vous consentez à ce que le service de pharmacie par la poste de Sobeys communique avec vous pour vérifier et compléter votre inscription et vous fournisse des services de pharmacie et autres tels qu'ils ont été décrits ci-dessus.

Date: _____

Signature: _____

Section réservée à l'usage de la pharmacie

CDP: _____

N° de magasin: _____

Par: _____

Consentement versé au dossier du patient:

Envoyer à : Case postale 25132, Moncton (NB) E1C 9M9 • Téléc. : 1 888 343-6060 • Courriel : info@SobeysPharmacybyMail.ca
Si vous avez besoin d'aide, composez le 1-866-657- MEDS (6337)