

INSCRIPTION POUR RAPPEL PRISE DE MÉDICAMENTS DU PROGRAMME PAIR



➤ Ce service permet à une personne qui le désire, de recevoir un Appel automatisé en provenance du Programme PAIR, pour lui rappeler qu'il est l'heure de prendre ses médicaments

(à l'usage du Centre) : # Dossier

Début activation

Nom à la naissance

Nom usuel

Prénom

Téléphone : () _____ est-ce un téléphone fixe ou un cellulaire
Avez-vous : un répondeur Service mise en attente

Compagnie fournisseur du service téléphonique :

Langue : _____ Date de naissance Jour Mois Année Sexe : M F

Adresse : No. Civique : _____ App : _____ Rue : _____

Ville : _____ Code postal _____ Prov : _____

JOURNÉES : LE SERVICE EST OFFERT DU LUNDI AU DIMANCHE Y COMPRIS LES JOURS FÉRIÉS

(Cochez les journées où vous désirez recevoir le rappel de prise de médicaments)

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

Inscrivez l'heure ou les heures auxquelles vous désirez recevoir un rappel automatisé : PRÉCISEZ SI EN AVANT-MIDI OU EN APRÈS-MIDI. _____

(Nous vous rappellerons pour confirmer votre inscription, pour valider les informations et préciser la date à partir de laquelle vous recevrez l'appel.)

Description : Rappel de prise de médicament : Veuillez noter que cet appel ne génère pas d'alerte.

Absences : Si vous prévoyez vous absenter en raison d'une hospitalisation ou absence prolongée, veuillez nous en aviser afin que nous puissions annuler l'appel.

EXEMPTION DE RESPONSABILITÉS

L'agence tient à rappeler à l'abonné qu'il décline toute responsabilité advenant une interruption temporaire ou permanente du service (ex : panne électrique, bris d'appareil ou tout autre incident hors contrôle) ou des tentatives infructueuses pour me rejoindre. J'ai pris connaissance de cette exemption, j'en comprends toute la signification.

Le signataire accepte cette exemption.

Signature du bénéficiaire : _____ **date :** _____

REMARQUES : _____

Personne ressource : _____

Organisme : _____

Téléphone : _____

SUIVI DU DOSSIER :

Pour toute autre information : **CENTRE D'ACTION BÉNEVOLE DE GATINEAU**
819 568-0747 POSTE 105