

CONSENTEMENT ENTENTE NON-RÉSIDENT

Adresse complète **obligatoire** :

Numéro et nom de rue _____

Ville, province _____, Code postal _____

Entente relative aux lois applicables et à la compétence

Destinataire : clinique ovo et les médecins y exerçant leurs fonctions (collectivement, la « **Clinique** »)

Date : _____

Objet : Confirmation de l'application des lois et de la compétence du Québec (la « **Province** »)

Lois applicables

J'accepte par les présentes ce qui suit :

1. tous les aspects de la relation entre moi-même et la Clinique, ainsi que ses mandataires, délégués, employés et tout autre professionnel de la santé indépendant me fournissant des soins médicaux ou tout autre soin et traitement de santé, ou en association avec la Clinique, y compris, sans toutefois s'y limiter, tous les soins médicaux ou autres soins et traitements de santé qui me sont fournis;
2. le règlement de tout différend faisant suite ou se rapportant à cette relation, y compris tout différend faisant suite ou se rapportant à la présente Entente, sont régis et interprétés conformément aux lois de la Province et aux lois du Canada qui s'y appliquent.



COMPÉTENCE

Je reconnais par la présente que les soins médicaux ou autres soins et traitements de santé que je reçois de la Clinique seront fournis dans la Province, et que les tribunaux de la Province auront compétence exclusive pour entendre toute plainte, demande, réclamation, procédure ou cause d'action, quelle qu'elle soit, faisant suite ou se rapportant à ces soins médicaux ou autres soins et traitements de santé, ou à tout autre aspect de ma relation avec la Clinique.

Par la présente, (i) je renonce à faire valoir toute objection à la compétence des tribunaux de la Province pour entendre toute telle action ou procédure, (ii) je conviens de ne pas plaider ou faire valoir toute réclamation voulant qu'une telle action ou procédure devant les tribunaux de la Province ait été intentée devant un forum inapproprié ou par ailleurs peu propice, et je renonce à toute telle réclamation, et (iii) je reconnais que la Clinique ne se soumet à la compétence d'aucun organisme à l'extérieur du Canada relativement à tout aspect de ma relation avec la Clinique, et, à l'exclusion des tribunaux de la Province, il n'existe aucune présomption de compétence d'un organisme de tout autre territoire, même si je suis résident ou résidente de ce territoire.

Un temps de réflexion suffisant nous a été accordé pour considérer le contenu de ce document, et nous avons eu l'occasion de faire des demandes de renseignements supplémentaires avant d'apposer nos signatures. Tous les détails relatifs à la procédure ainsi que toutes les options qui s'offrent à nous nous ont été proposés.



SIGNATURE DU PATIENT 1

Signé le _____^{ième} jour du mois de _____, de l'année _____ à _____ (ville).

Signature du patient 1

SI TRAITEMENT EN TANT QUE PATIENT CÉLIBATAIRE

Je confirme que je serai traitée en tant que patient(e) célibataire. **ovo fertilité inc.** ne sera pas impliquée dans toute dispute légale entre moi et un(e) partenaire que je n'ai pas divulgué(e) à la clinique.

Signé le _____^{ième} jour du mois de _____, de l'année _____ à _____ (ville).

Signature du patient 1

DÉCLARATION DU TÉMOIN

Le témoin ne peut pas être le/la conjointe impliqué(e) dans le traitement

J'ai personnellement vérifié l'identité du patient 1 avec la pièce d'identité suivante (svp cocher un des choix ci-dessous). Le patient 1 a signé ce consentement en ma présence.

carte assurance maladie du patient 1

permis de conduire du patient 1

numéro de passeport du patient 1

OU

je connais personnellement le patient 1

Nom du témoin

Adresse

Signé le _____^{ième} jour du mois de _____, de l'année _____ à _____ (ville).

Signature du témoin



OVO
FERTILITÉ

SIGNATURE DU PATIENT 2

- Je suis le / la partenaire de _____, et je consens au traitement décrit ci-dessus, y compris les choix indiqués.

Signé le _____^{ième} jour du mois de _____, de l'année _____ à _____ (ville).

Signature du patient 2

DÉCLARATION DU TÉMOIN – Le témoin ne peut pas être le/la conjointe impliqué(e) dans le traitement

J'ai personnellement vérifié l'identité du patient 2 avec la pièce d'identité suivante (svp cocher un des choix ci-dessous). Le patient 2 a signé ce consentement en ma présence. Ce témoin ne peut être un des conjoints impliqués dans le traitement.

carte assurance maladie du patient 2

permis de conduire du patient 2

numéro de passeport du patient 2

OU

je connais personnellement le patient 2

Nom du témoin

Adresse

Signé le _____^{ième} jour du mois de _____, de l'année _____ à _____ (ville).

Signature du témoin

SVP nous retourner le présent formulaire dûment rempli à consentements@cliniqueovo.com



OVO
FERTILITÉ