



SAMPLE REQUEST and CONSENT FORM
DEMANDE D'ÉCHANTILLON ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Patient Information and Consent • Information sur le patient et consentement

Patient's Name • Nom du patient

DOB • DDN

Address of delivery • Adresse de livraison

Tel • Tél.

City • Ville

Province, Postal Code • Code Postale

Email

Yes • Oui The patient or guardian consents to the health professional indicated below disclosing personal information to Cambrooke Therapeutics for the purpose of directing Paramed Specialties Inc. in providing KetoVie. The patient or guardian also consents to Cambrooke Therapeutics collecting, using and disclosing the personal information for the purpose of providing the requested product.

Le patient ou tuteur consent au professionnel de la santé indiqué ci-dessous à divulguer les renseignements personnels à Cambrooke Therapeutics dans le but de diriger Paramed Specialties Inc. à me fournir KetoVie. Le patient ou tuteur consent également à Cambrooke Therapeutics l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels dans le but de fournir le produit demandé.

Health Care Professional • Professionnel de la santé

Health Professional's Name • Nom du Professionnel de la santé

License number • License Professionnelle

Medical Institution • Institution médicale

Tel • Tél.

Email

I hereby confirm that the above patient can take KetoVie. • Je confirme que le patient mentionné ci-haut peut prendre KetoVie.

Signature

Sample Request or Purchase Order • Demande d'échantillon ou pour Commande

Sample Request • Demande d'échantillon

Purchase Order • Commande

Product • Produit: KetoVie Chocolate • Chocolat KetoVie Vanilla • Vanille KetoVie Peptide

You can place your ORDER or SAMPLE REQUEST once the consent is completed and received by Cambrooke Therapeutics or directly with the supplier:

Placez VOTRE COMMANDE ou votre DEMANDE D'ÉCHANTILLON lorsque votre formulaire de consentement a été complété et envoyé chez Cambrooke Therapeutics ou chez le fournisseur :

Paramed Specialties Inc. (Canadian supplier • Fournisseur canadien)

Toll Free • Sans frais 844 395 2458 Fax: 844 395 2396 Email: orders@paramedinc.com

Please email completed form to orders@paramedinc.com

Veillez nous faire parvenir le formulaire de consentement dûment complété par courriel au orders@paramedinc.com