FORMULE 8

AVIS

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973, chap.M-10, para.8.5(4))

Destinataire: _____
(nom du malade en placement non volontaire ou de la personne)

Joint au présent avis, veuillez trouver un certificat d'incapacité mentale relativement à votre incapacité mentale pour donner ou refuser de donner votre consentement à des fins diverses en application de l'article 8.5 de la Loi sur la santé mentale [ ] en votre propre nom ou [ ] au nom de:

_____.
(nom du malade en placement non volontaire)

Vous avez le droit de déposer une demande établie selon la formule prescrite auprès de

_____
(nom et adresse du président de la commission de recours compétente)

afin de déterminer si vous êtes capable mentalement de donner ou de refuser de donner votre consentement en application de l'article 8.5 de la Loi sur la santé mentale.

Fait le _____ 20 _____.

_____
Signature de l'administrateur

_____

_____

_____

_____
Adresse de l'administrateur