

FORMULAIRE DE PARTICIPATION

RECOURS COLLECTIF RELATIF AU PROGRAMME DE CONTRIBUTION POUR LES SURVIVANTS DE LA THALIDOMIDE

N'UTILISEZ LE FORMULAIRE QUE SI VOUS VOULEZ INSCRIRE VOTRE SOUTIEN OU VOTRE OPPOSITION AU RÈGLEMENT PROPOSÉ OU AUX FRAIS JURIDIQUES DES AVOCATS.

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REÇU PAR L'AVOCAT DU GROUPE OU ÊTRE ENVOYÉ AU PLUS TARD LE 16 FÉVRIER 2020, LE CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI.

À : Recours collectif relatif au du Programme de contribution pour les survivants de la thalidomide
a/s de Koskie Minsky LLP
20, rue Queen Ouest, bureau 900,
Toronto (Ontario), M5H 3R3
thalidomideclassaction@kmlaw.ca
1-866-474-1741

Nom : _____

- J'ai présenté une demande de dédommagement au titre du Programme de contribution pour les survivants de la thalidomide et ma demande a été rejetée au motif que je n'avais pas fourni la preuve d'admissibilité requise.

Pour les motifs exposés ci-après, je:

- SOUTIENS** les modalités du règlement **M'OPPOSE** aux modalités du règlement
- SOUTIENS** les frais juridiques des avocats **M'OPPOSE** aux frais juridiques des avocats

Je soutiens le projet de règlement ou les frais juridiques des avocats, ou je m'y oppose, pour les raisons suivantes (veuillez joindre des pages supplémentaires, au besoin) :

<input type="checkbox"/>	J'ai joint des copies des documents pour appuyer mon soutien ou mon opposition. (Vous n'êtes pas obligé de joindre des documents).
<input type="checkbox"/>	Je n'ai PAS joint de documents au soutien de mon opposition et je n'entends pas le faire.
<input type="checkbox"/>	Je n'envisage PAS comparaître à l'audience sur la requête en approbation du règlement proposé, et je comprends que mon formulaire de participation sera déposé auprès de la Cour avant cette audience qui aura lieu les 26 et 27 février 2020 , à Toronto (Ontario).
<input type="checkbox"/>	J'entends comparaître en personne à l'audience les 26 et 27 février 2020 , à Toronto (Ontario), ou y être représenté par un avocat et y présenter des observations.

MON ADRESSE AUX FINS DE SIGNIFICATION :

Nom :

Adresse :

Tél.:

Télec. :

Courriel :

Date :

ADRESSE DE MON AVOCAT AUX FINS DE SIGNIFICATION (le cas échéant, mais vous n'avez pas besoin de retenir les services d'un avocat pour inscrire votre opposition) :

Nom :

Adresse :

Tél. :

Télec. :

Courriel :

Signature:
