

FORMULAIRE D'OPPOSITION

Utilisez le présent formulaire **SEULEMENT SI VOUS VOUS OPPOSEZ** au règlement proposé ou aux frais juridiques.

Destinataires : Parties au recours collectif concernant le Centre hospitalier Restigouche

Courriel : info@RestigoucheHospitalCentreClassAction.ca

Poste : Administrateur des réclamations
C.P. 3355
London (Ontario) N6A 4K3

N° de dossier de la Cour : MC/76/2021

DARRELL TIDD, TUTEUR À L'INSTANCE de DEVAN TIDD, et REID SMITH, TUTEUR À L'INSTANCE de AARON SMITH

Demandeurs

- et -

PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK et RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ A, FAISANT AFFAIRE SOUS LA RAISON SOCIALE RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ

Défenderesses

Je m'appelle _____.

<input type="checkbox"/>	J'ai résidé au Centre hospitalier Restigouche entre le 24 mai 2004 et le 1 ^{er} octobre 2021.
<input type="checkbox"/>	J'ai résidé au Centre hospitalier Restigouche entre le 1 ^{er} janvier 1954 et le 1 ^{er} octobre 2021, et j'ai été victime d'agression sexuelle.
<input type="checkbox"/>	Je prends les décisions au nom d'une personne qui a résidé au Centre hospitalier Restigouche entre le 24 mai 2004 et le 1 ^{er} octobre 2021, et qui était en vie le 24 mai 2017. Nom de la personne résidente : _____. Si vous présentez ce formulaire au nom d'une autre personne, vous devez fournir une preuve que vous avez reçu le mandat de le faire.

<input type="checkbox"/>	<p>Je prends les décisions au nom d'une personne qui a résidé au Centre hospitalier Restigouche entre le 1^{er} janvier 1954 et le 1^{er} octobre 2021, qui était en vie le 24 mai 2017 et qui allègue avoir été victime d'agressions sexuelles.</p> <p>Nom de la personne résidente : _____.</p> <p>Si vous présentez ce formulaire au nom d'une autre personne, vous devez fournir une preuve que vous avez reçu le mandat de le faire.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Je représente la succession d'une personne qui a résidé au Centre hospitalier Restigouche entre le 24 mai 2004 et le 1^{er} octobre 2021, et qui était en vie le 24 mai 2017.</p> <p>Nom de la personne résidente : _____.</p> <p>Si vous présentez ce formulaire au nom d'une succession, vous devez fournir une preuve que vous avez l'autorité d'agir au nom de la succession.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Je représente la succession d'une personne qui a résidé au Centre hospitalier Restigouche entre le 1^{er} janvier 1954 et le 1^{er} octobre 2021, qui était en vie le 24 mai 2017 et qui allègue avoir été victime d'agressions sexuelles.</p> <p>Nom de la personne résidente : _____.</p> <p>Si vous présentez ce formulaire au nom d'une succession, vous devez fournir une preuve que vous avez l'autorité d'agir au nom de la succession.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Je m'OPPOSE aux modalités du règlement proposé.</p>

Je m'oppose au règlement proposé pour les raisons suivantes (si vous manquez d'espace, ajoutez des pages) :

<input type="checkbox"/>	<p>J'ai joint des copies de documents à l'appui de mon opposition. (Ce n'est pas obligatoire.)</p>

<input type="checkbox"/>	Je N'AI PAS joint de documents à l'appui de mon opposition, et je ne compte pas le faire.
<input type="checkbox"/>	Je compte comparaître en personne à l'audience du 25 septembre 2023, ou m'y faire représenter par un avocat, et y présenter des arguments.
<input type="checkbox"/>	Je NE COMPTE PAS comparaître en personne à l'audience de la requête visant l'approbation du projet de règlement, et je comprends que mon opposition sera déposée auprès du tribunal avant cette audience, qui aura lieu le 25 septembre 2023.

MON ADRESSE POUR LA SIGNIFICATION :

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Courriel : _____

**L'ADRESSE DE MON AVOCAT POUR LA SIGNIFICATION
(le cas échéant, mais vous n'avez pas besoin d'un
avocat pour vous opposer) :**

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Courriel : _____

Date : _____

Signature : _____