

NUMÉRO DU RECOURS 1201-12838
COUR COURT OF KING'S BENCH OF ALBERTA
CENTRE JUDICIAIRE CALGARY
DEMANDEURS FIONA SINGH et MUZAFFAR HUSSAIN
DÉFENDEURS GLAXOSMITHKLINE INC., GLAXOSMITHKLINE LLC, et
GLAXOSMITHKLINE PLC.

En vertu de la Loi sur les recours collectifs

FORMULAIRE DE RETRAIT

IL NE S'AGIT PAS D'UN FORMULAIRE DE RÉCLAMATION. CE FORMULAIRE VOUS EXCLUT DU RECOURS COLLECTIF. NE LE REMPLISSEZ PAS SI VOUS SOUHAITEZ FAIRE PARTIE DU RECOURS.

Si vous êtes un membre du groupe tel que défini dans l'*Avis d'autorisation*, disponible à l'adresse <https://fr.paxilbirthdefectsclassaction.ca> et que vous souhaitez vous exclure du recours collectif, vous devez envoyer ce formulaire de retrait par service de messagerie, courriel, télécopie ou voie postale au plus tard le 8 avril 2024, à l'adresse suivante :

Adresse : Paxil Birth Defects Class Action,
117 Queen St, P.O. Box 1000,
Niagara-on-the-Lake, Ontario, L0S 1J0
Téléphone : 1-877-400-1211
Télécopie : 1-416-342-1761
Courriel : optout@paxilbirthdefectsclassaction.ca

Je choisis de m'exclure de ce recours collectif.

Veillez préciser les malformations congénitales qui, selon vous, ont été causées par le Paxil® ou le Paxil CR™.

Date de naissance: (année/mois/jour)

Dates des ordonnances : (Dates auxquelles vous avez pris Paxil® ou Paxil CR™)

Signature du membre du groupe :

Date :

Nom du membre du groupe : (Majuscule)

Adresse : (Rue/Boîte postale/Ville/Province/Code postal)

Téléphone :

Courriel :

Si vous êtes un enfant né d'une femme ayant consommé Paxil pendant sa grossesse, ou si vous êtes un membre de la famille d'un tel enfant, veuillez renseigner les informations ci-dessous.

Nom de l'enfant/du membre de la famille :

Relation avec l'enfant :

Remarque : afin de vous exclure, vous devez dûment remplir le présent formulaire de retrait et l'envoyer à l'adresse postale ou électronique indiquée, au plus tard à la date limite d'exclusion fixée à 23 h 59 (heure normale des Rocheuses) le 8 avril 2024.