

Facility:

MRN:

Event ID:

DOB:

Age:

Gender:

PHIN:

MHSC:

ATT-

EPR-EID-

Facility:

**GOVERNING LAW AND
JURISDICTION AGREEMENT**

**CONVENTION RELATIVE AUX LOIS
D'APPLICATION ET A LA COMPÉTENCE
JUDICIAIRE DE L'ORSW**

Page (1 of 2)

Governing Law

I hereby agree that:

- a) all aspects of the relationship between me and the Southern Health-Santé Sud, including any of its funded health care facilities (as well as their agents, delegates, employees and any physicians and other independent health care practitioners providing medical or other health care and treatment to me at or in association with the Southern Health-Santé Sud or any of its funded health care facilities), including without limitation any medical or other health care and treatment provided to me, and
- b) the resolution of any and all disputes arising from or in connection with that relationship, including any disputes arising under or in connection with this Agreement, shall be governed by and construed in accordance with the laws of the Province of Manitoba and the laws of Canada applicable therein.

Lois d'application

Je conviens par les présentes de ce qui

- a) tous les aspects de la relation entre moi et Southern Health-Santé Sud, y compris ses établissements de soins de santé financés (ainsi que ses mandataires, délégués préposés, médecins et autres professionnels de la santé indépendants qui m'administrent des services médicaux ou autres soins et traitements de santé sur les lieux de Southern Health-Santé Sud, ou ses établissements de soins de santé financés, ou en association avec ceux-ci), y compris, notamment, les services médicaux ou autres soins et traitements de santé qui me sont administrés, et*
- b) le règlement de tous les conflits découlant de cette relation ou y étant reliés, y compris les conflits découlant de la présente convention ou s'y rapportant, seront régis et interprétés conformément aux lois de la province du Manitoba et aux lois du Canada s'y appliquant.*

Date: _____

Name of Patient (Please Print) /

Nom du patient (en lettres moulées)

Signature of Patient or Legally Authorized
Substitute Decision-maker on Behalf of Patient /

*Signature du patient ou de la personne habilitée à
consentir au nom du patient*

Facility:

MRN: _____ Event ID: _____
DOB: _____ Age: _____ Gender: _____
PHIN: _____
ATT- _____
EPR-EID- _____
Facility: _____

**GOVERNING LAW AND
JURISDICTION AGREEMENT**

*CONVENTION RELATIVE AUX LOIS
D'APPLICATION ET A LA COMPÉTENCE
JUDICIAIRE DE L'ORSW*

Page (2 of 2)

Jurisdiction

I hereby acknowledge that the medical or other health care and treatment I receive from the Southern Health-Santé Sud or any of its funded health care facilities will be provided in the Province of Manitoba, and that the Courts of the Province of Manitoba shall have exclusive jurisdiction to hear any complaint, demand, claim, proceeding or cause of action, whatsoever arising from or in connection with that medical or other health care and treatment, or from any other aspect of my relationship to the Southern Health-Santé Sud or any of its funded health care facilities.

Compétence judiciaire

Je reconnais par les présentes que les services médicaux ou autres soins et traitements de santé que je reçois de Southern Health-Santé Sud ou ses établissements de soins de santé financés seront administrés dans la province du Manitoba, et que les tribunaux de la province du Manitoba auront la compétence exclusive d'entendre toute plainte, demande, réclamation, procédure ou cause d'action de quelque nature que ce soit découlant de ces services médicaux ou autres soins et traitements de santé, ou de tout autre aspect de ma relation avec Southern Health-Santé

Date: _____

Name of Patient (Please Print) /

Nom du patient (en lettres moulées)

Signature of Patient or Legally Authorized
Substitute Decision-maker on Behalf of Patient /

*Signature du patient ou de la personne habilitée à
consentir au nom du patient*

INTERPRETER'S DECLARATION (if applicable)

To the best of my knowledge, I have interpreted the conversation between

Printed Name of Responsible Party or Authorized Designate

and _____ accurately.

Patient/Resident/Client or Substitute Decision-Maker

Signature of Interpreter

Printed Name

Date