NAME / NOM

ADDRESS / ADRESSE

HALIFAX

Unit 8 - 340 Wright Avenue Dartmouth, NS B3B 0B3

T: 1-800-409-0301 F: 1-800-363-3134

RETURN FORM / FORMULAIRE DE RETOUR

AUTHORIZATION No. / Nº AUTORISATION

ACCOUNT No. / Nº COMPTE

							1						
				DATE	YYYY / AAAA	MM	DD / JJ	CARRIER / TRANSPORTEUR					
lease return products compliant for resale in a box or a plastic bin.													
SVP retourner les	VP retourner les produits conformes à la revente dans une boîte ou un bac.												
PRODUCT CODE CODE DE PRODUIT		INVOICE No. / ORDER No. / PACKING SLIP No. N° FACTURE / N° COMMANDE / N° DE BON DE LIVRAISON	NAME OF PRODUCT NOM DU PRODUIT			EXP. DA	TE (YYYY/MM/DE XP. (AAAA/MM/JJ) PLEASE INDICATE THE REASON OF RETURN VEUILLEZ SPÉCIFIER LA RAISON DU RETOUR					
						_							

Les demandes de retour de produits intacts pour revente et/ou endommagés doivent être envoyées à : service.vetstrategy@cdmv.com. Veuillez joindre des photos des produits endommagés afin d'accélérer le traitement de votre demande.

Requests to return undamaged products for resale and/or damaged ones should be sent to: vetstrategy.care@cdmv.com. Please attach photos of the damaged products to expedite your request.

Pour obtenir un exemplaire de notre politique de retour de produits, visitez notre site Web ou composez le 1-800-409-0301.

To get a copy of our product return policy, visit our website or call 1-800-409-0301.



FOR CDMV USE / À L'USAGE DE CDMV

FEES / FRAIS

WEIGHT / POIDS

TRANSPORT

CHECKED BY / VÉRIFIÉ PAR

HANDLING / MANUTENTION





NAME / NOM
ADDRESS / ADRESSE

AUTHORIZATION No. / Nº AUTORISATION										
ACCOUNT No. / Nº COMPTE										
DATE	YYYY / AAAA	MM	DD / JJ							

RETURN LABEL:
PLEASE APPLY
ON PACKAGE(S)
TO BE SHIPPED.

ÉTIQUETTE DE RETOUR : COLLER SUR LE(S) COLIS À EXPÉDIER

CDMV inc.
Unit 8 - 340 Wright Avenue

Dartmouth, NS B3B 0B3