

| |
|-------------------|
| |
| NAME / NOM |
| |
| ADDRESS / ADRESSE |
| |

| |
|-------------------------------------|
| |
| AUTHORIZATION No. / N° AUTORISATION |
| |
| ACCOUNT No. / N° 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