

NOM / NAME
ADRESSE / ADDRESS

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

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



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

CDMV inc.
2999, boul. Choquette
C.P. 608
St-Hyacinthe, QC
J2S 6H5