



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