



Siège Social / Head Office  
2999, boul. Choquette, C.P. 608  
Saint-Hyacinthe QC J2S 7C2

## ST-HYACINTHE

T : 1-800-668-2368  
F : 1-800-363-3134

### FORMULAIRE DE RETOUR / RETURN FORM

NOM / NAME
ADRESSE / ADDRESS

N° AUTORISATION / AUTHORIZATION No.								
N° COMPTE / ACCOUNT No.								
<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>DATE</td> <td>AAAA / YYYY</td> <td>MM</td> <td>JJ / DD</td> </tr> </table>					DATE	AAAA / YYYY	MM	JJ / DD
DATE	AAAA / YYYY	MM	JJ / DD					

À L'USAGE DE CDMV / FOR CDMV USE	
VÉRIFIÉ PAR / CHECKED BY	POIDS / WEIGHT
DATE	FRAIS / FEES
MANUTENTION / HANDLING	TRANSPORT
TRANSPORTEUR / CARRIER	

**SVP retourner les produits conformes à la revente dans une boîte ou un bac.  
Please return products compliant for resale in a box or a plastic bin.**

CODE DE PRODUIT PRODUCT CODE	QUANTITÉ QUANTITY	N° FACTURE / N° COMMANDE / N° DE BON DE LIVRAISON INVOICE No. / ORDER No. / PACKING SLIP No.	NOM DU PRODUIT NAME OF PRODUCT	DATE EXP. (AAAA/MM/JJ) EXP. DATE (YYYY/MM/DD)	VEUILLEZ SPÉCIFIER LA RAISON DU RETOUR PLEASE INDICATE THE REASON OF RETURN

**Les demandes de retour de produits intacts pour revente et/ou endommagés doivent être envoyées à : [retours@cdmv.com](mailto:retours@cdmv.com). Veuillez joindre des photos des produits endommagés afin d'accélérer le traitement de votre demande.**

**Pour obtenir un exemplaire de notre politique de retour de produits, visitez notre site Web ou composez le 1 800 668-2368.**

**Requests to return undamaged products for resale and/or damaged ones should be sent to: [retours@cdmv.com](mailto:retours@cdmv.com). Please attach photos of the damaged products to expedite your request. To get a copy of our product return policy, visit our website or call 1-800-668-2368.**

Si votre colis à retourner contient l'une de ces matières, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle pour obtenir les documents nécessaires au retour.  
If your package contains one of these materials, please contact our Customer Service team to obtain the necessary documents for your return.



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