

Date _____

W8 NEW LOCATION FORM / FORMULAIRE D'ADHÉSION À W8

Clinic's Name / Nom de la clinique	
Group / Groupe	
Language / Langue	English Français
Address / Adresse	
City / Ville	
Province	
Telephone / Téléphone	
Full Name / Nom complet	
Email address / Adresse courriel	
Strategic Advisor's Name Nom du représentant	

Once completed, please send this form to sales@cdmv.com

Une fois complété, merci de faire parvenir ce formulaire à ventes@cdmv.com