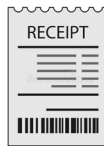


INCLURE CETTE PARTIE DANS L'ENVELOPPE

Liste de contrôle pour la soumission:



10 rabats inférieurs

10 reçus

Ce formulaire imprimé

Téléphone:

Courriel:

Signez et datez votre soumission:

En signant, vous acceptez que l'altération, la modification ou la falsification des informations d'achat relatives à vos bouteilles HYLO®, HYLO-DUAL®, HYLO®GEL ou HYLO DUAL INTENSE^{MD} constitue une fraude et entraînera le rejet de votre demande.

Votre signature

Date de la signature

APPOSER CETTE PARTIE SUR LE DESSUS DE L'ENVELOPPE

Complétez, découpez et apposez cette étiquette à votre enveloppe et envoyez-la-nous:

De/Exp.:

Nom: _____

Adresse: _____

Ville: _____

Province: _____

Code postal: _____

À/Dest.:

CandorVision
CP 23073 Vendome,
5038 Sherbrooke West
Montreal QC H4A 1T0



Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide avec votre soumission, contactez notre service clientèle au **(514) 380-5270** ou par courriel à **patients@candorvision.com**