

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CRÉDIT

S'il-vous-plaît, assurez-vous que vos lentilles et votre première facture sont attachées à ce formulaire. Si ce n'est pas le cas, aucun crédit ne sera émis.



La garantie est toujours une option en supplément. Veuillez vous assurer que la garantie a été sélectionnée au moment de l'achat des lentilles.

# Compte Client		Référence du patient	
Facture #1	Date (1)	Facture #2	Date (2)
Montant réclamé			
Garantie : <input type="checkbox"/> Non-Adaptation (90 jours maximum) <input type="checkbox"/> Traitement AR <input type="checkbox"/> Autre raison _____ <i>Applicable seulement si vous avez payé pour la garantie en option sur votre première commande. (1 an ou 2 ans)</i>		Fabrication : <input type="checkbox"/> Lentilles: _____ <input type="checkbox"/> Traitement AR: _____ <input type="checkbox"/> Anti-rayure: _____	
<input type="checkbox"/> LensNet Atlantique <input type="checkbox"/> Lensnet Québec <input type="checkbox"/> Lensnet Ouest <input type="checkbox"/> Lensnet Ontario <input type="checkbox"/> Lensnet Elite			
Commentaires:		Approuvé par :	
		Date du crédit / Montant approuvé :	

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CRÉDIT

S'il-vous-plaît, assurez-vous que vos lentilles et votre première facture sont attachées à ce formulaire. Si ce n'est pas le cas, aucun crédit ne sera émis.



La garantie est toujours une option en supplément. Veuillez vous assurer que la garantie a été sélectionnée au moment de l'achat des lentilles.

# Compte Client		Référence du patient	
Facture #1	Date (1)	Facture #2	Date (2)
Montant réclamé			
Garantie : <input type="checkbox"/> Non-Adaptation (90 jours maximum) <input type="checkbox"/> Traitement AR <input type="checkbox"/> Autre raison _____ <i>Applicable seulement si vous avez payé pour la garantie en option sur votre première commande. (1 an ou 2 ans)</i>		Fabrication : <input type="checkbox"/> Lentilles: _____ <input type="checkbox"/> Traitement AR: _____ <input type="checkbox"/> Anti-rayure: _____	
<input type="checkbox"/> LensNet Atlantique <input type="checkbox"/> Lensnet Québec <input type="checkbox"/> Lensnet Ouest <input type="checkbox"/> Lensnet Ontario <input type="checkbox"/> Lensnet Elite			
Commentaires:		Approuvé par :	
		Date du crédit / Montant approuvé :	

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CRÉDIT

S'il-vous-plaît, assurez-vous que vos lentilles et votre première facture sont attachées à ce formulaire. Si ce n'est pas le cas, aucun crédit ne sera émis.



La garantie est toujours une option en supplément. Veuillez vous assurer que la garantie a été sélectionnée au moment de l'achat des lentilles.

# Compte Client		Référence du patient	
Facture #1	Date (1)	Facture #2	Date (2)
Montant réclamé			
Garantie : <input type="checkbox"/> Non-Adaptation (90 jours maximum) <input type="checkbox"/> Traitement AR <input type="checkbox"/> Autre raison _____ <i>Applicable seulement si vous avez payé pour la garantie en option sur votre première commande. (1 an ou 2 ans)</i>		Fabrication : <input type="checkbox"/> Lentilles: _____ <input type="checkbox"/> Traitement AR: _____ <input type="checkbox"/> Anti-rayure: _____	
<input type="checkbox"/> LensNet Atlantique <input type="checkbox"/> Lensnet Québec <input type="checkbox"/> Lensnet Ouest <input type="checkbox"/> Lensnet Ontario <input type="checkbox"/> Lensnet Elite			
Commentaires:		Approuvé par :	
		Date du crédit / Montant approuvé :	

