	# Compte Client		Référence du patient		
FORMULAIRE DE 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.	# Compte Client		Reference du patient		
	Facture #1	Date (1)	Facture #2	Date (2)	
	Montant réclamé				
	Garantie: □ Non-Adaptation (90 jours maximum) □ Traitement AR □ Autre raison Applicable seulement si vous avez payé pour la garantie		Fabrication :		
			□ Lentilles:		
			☐ Traitement AR:		
			☐ Anti-rayure:		
			,		
	en option sur votre première commande. (1 an ou 2 ans)				
	·	Lensnet Québec Lens	net Ouest	ario Lensnet Elite	
LENSNET	Commentaires:	Commentaires:		Approuvé par :	
La garantie est toujours une option en supplément. Veuillez			Date du crédit / Montant approuvé :		
vous assurer que la garantie a					
été sélectionnée au moment de l'achat des lentilles.					
(0 + A)	# Compte Client	# Compte Client		Référence du patient	
FORMULAIRE DE 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.	# Compte Chefit		Troision du pationi		
	Facture #1	Date (1)	Facture #2	Date (2)	
	Montant réclamé				
FORMUL, DEMANDE DE S'il-vous-plaît, assurez entilles et votre premiè ées à ce formulaire. Si cas, aucun crédit	Garantie :		Fabrication :		
IRN DE aît, a otre p mula ucur	☐ Non-Adaptation (90 jours maximum)☐ Traitement AR		□ Lentilles:		
AN AN Is-plants for as, a			□ Traitement AR:		
Illes	☐ Autre raison		□ Anti-rayure:		
DE S'il lent chées	Applicable seulement si vous en option sur votre première d				
	☐ LensNet Atlantique ☐ Lensnet Québec ☐ Lensnet Ouest ☐ Lensnet Ontario ☐ Lensnet Elite				
LENSNET	La garantie est toujours une option en supplément. Veuillez vous assurer que la garantie a		Approuvé par :		
La garantie est toujours une			Date du crédit / Montant approuvé :		
été sélectionnée au moment de l'achat des lentilles.					
	# Compte Client		Dáfáranas du nationa		
DE OIT sont as le imis.	# Compte Client		Référence du patient		
RÉI RÉI us que acture ì'est p	Facture #1	Date (1)	Facture #2	Date (2)	
FORMULAIRE 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.	Montant réclamé	1	•	1	
	Garantie :		Fabrication :		
DE DE aît, s otre muls	□ Non-Adaptation (90 jours maximum) □ Traitement AR □ Autre raison Applicable seulement si vous avez payé pour la garantie		□ Lentilles:		
AN AN as-pl			☐ Traitement AR:		
Illes			☐ Anti-rayure:		
DE S'i lent shées					
attac	en option sur votre première commande. (1 an ou 2 ans) ☐ LensNet Atlantique ☐ Lensnet Québec ☐ Lensnet Ouest ☐ Lensnet Ontario ☐ Lensnet Elite				
LENSNET			Approuvé par :		
La garantie est toujours une				Date du crédit / Montant approuvé :	
option en supplément. Veuillez			Date du Gledit / Wolftdill (Approuve .	
vous assurer que la garantie a été sélectionnée au moment de					
l'achat des lentilles.					