

FORMULAIRE DE RETOUR ACUVUE^{MD}

Veuillez remplir et joindre ce formulaire à votre retour

IMPORTANT : Vous devez remplir UN FORMULAIRE POUR CHAQUE COLIS EXPÉDIÉ, spécifiquement pour les produits inclus dans le colis. VEUILLEZ CONSERVER UNE COPIE DU FORMULAIRE POUR VOS DOSSIERS

DATE :	N° DE COMPTE :
NOM DU COMPTE :	PERSONNE-RESSOURCE :
TÉLÉPHONE :	COURRIEL :

Service de messagerie :	Numéro de suivi (si disponible) :
-------------------------	-----------------------------------

Si la quantité à retourner est de plus de 15 boîtes, veuillez obtenir un « **Numéro d'autorisation** » de votre représentant(e).

AUTORISATION DE RETOUR :

UNE CONFIRMATION DE CRÉDIT APPARAÎTRA SUR VOTRE PROCHAIN ÉTAT DE COMPTE.

POLITIQUE DE RETOUR DE JOHNSON & JOHNSON VISION (JJV)

- JJV acceptera et créditera tout produit reçu dans la mesure où le produit retourné est dans son emballage original (y compris les boîtes ouvertes).
- Aucun crédit ne sera émis pour les produits reçus après la date de péremption imprimée sur la boîte.
- Dans l'éventualité où un produit de JJV est endommagé durant le transport ou qu'une quantité ou une prescription incorrectes sont expédiées au client, JJV facilitera le retour et le remplacement du dit produit.
- Tout produit non conforme aux critères mentionnés ci-dessus sera détruit et aucun crédit ne sera émis pour ce dit produit.

* Veuillez utiliser le formulaire de retour ACUVUE^{MD} pour retourner un produit. Pour obtenir un formulaire, appelez le Service à la clientèle au [1 800 667-5099](tel:18006675099) ou envoyez un courriel à jvisioncare@its.jnj.com. Une fois le produit reçu, Johnson & Johnson Vision accordera un crédit en fonction du prix d'achat original du produit.

ADRESSE DE RETOUR

Johnson & Johnson Vision
À l'attention de GFL Environmental Services Inc.
76 Wentworth Court
Brampton, ON L6T 5M7

(Veuillez **NE PAS** inclure les chèques de paiement avec les retours.)

Produits

1-jour jetable	Format	Réutilisable	Format
ACUVUE ^{MD} DEFINE ^{MD} 1-JOUR ACCENT STYLE	Bte de 30	ACUVUE ^{MD} 2	Bte de 6
ACUVUE ^{MD} DEFINE ^{MD} 1-JOUR NATURAL SHINE ^{MD}	Bte de 30	ACUVUE ^{MD} OASYS à remplacement aux 2 semaines	Bte de 12 ou 24
ACUVUE ^{MD} DEFINE ^{MD} 1-JOUR VIVID STYLE	Bte de 30	ACUVUE ^{MD} OASYS pour l'ASTIGMATISME	Bte de 6
ACUVUE ^{MD} MOIST 1-JOUR	Bte de 30 ou 90	ACUVUE ^{MD} OASYS MULTIFOCAL	Bte de 6
ACUVUE ^{MD} MOIST 1-JOUR pour l'ASTIGMATISME	Bte de 30 ou 90	ACUVUE ^{MD} VITA ^{MD}	Bte de 6 ou 12
ACUVUE ^{MD} MOIST 1-JOUR MULTIFOCAL	Bte de 30 ou 90	ACUVUE ^{MD} VITA ^{MD} pour l'ASTIGMATISME	Bte de 6
ACUVUE ^{MD} Abiliti ^{MD} 1-jour	Bte de 30		
ACUVUE ^{MD} OASYS 1-jour	Bte de 30 ou 90		
ACUVUE ^{MD} OASYS 1-jour pour l'ASTIGMATISME	Bte de 30 ou 90		
ACUVUE ^{MD} OASYS MAX 1-jour	Bte de 30 ou 90		
ACUVUE ^{MD} OASYS MAX 1-jour pour l'ASTIGMATISME	Bte de 30		
ACUVUE ^{MD} OASYS MAX 1-jour MULTIFOCAL	Bte de 30 ou 90		
ACUVUE ^{MD} OASYS MAX 1-jour MULTIFOCAL pour l'ASTIGMATISME	Bte de 30		

Johnson & Johnson

© Johnson & Johnson et ses sociétés affiliées
FORMULAIRE DE RETOUR RÉV. 10.0 (2024PP06064v2)

Vision