



Formulaire de Demande de Changement de Programme

1. Vérifiez l'information apparaissant sur le formulaire.
2. Signez et datez le formulaire.
3. Télécopiez le document à 1-800-665-5949.

Date:	ID OASYS:
Nom du contact::	Organisation:
Tél:	Courriel:

Raison pour le changement de programme : (placez un X vis-à-vis la raison)

	Mauvais programme commandé
Changement d'instrument	Nouvel instrument :
	Effectue des tests non requis
	Autre (veuillez spécifier) :

Facturation:

Nom de l'organisation :		
Prénom:	Nom de famille:	
Adresse:		
Unité/Bureau:		
Ville:	Province:	Code postal:
Numéro de tél.:	Numéro de fax:	
Courriel:		

Information du changement de programme

Programme original	Livraisons reçues	Crédit	Nouveau programme	Livraisons restantes	Coût
				Différence	
				Taxes	
				TOTAL	



Veillez inclure un chèque, un bon de commande ou l'information d'une carte de crédit avec votre commande. En passant cette commande, vous acceptez les conditions générales.

Chèque, payable à Oneworld Accuracy Inc. Please mail cheque and order form to: 9-8980 Fraserwood Court Burnaby, BC V5J 5H7 (Canadian participants)			
Numéro du bon de commande:			
Visa		Master Card	American Express

Numéro de la carte de crédit: _____

Date d'expiration: _____ **Code de sécurité:** _____

Propriétaire de la carte: _____

Signature: _____

Politique de changement de programme: Les demandes de changement de programmes reçues Durant ou après la date limite seront facturées selon le coût du programme.

Conditions générales:

1. Veuillez conserver une copie de ce formulaire complété dans vos fichiers. En passant cette commande, vous acceptez les conditions générales.
2. Tous les prix sont en devises canadiennes et sont valides au Canada seulement.
3. Le prix inclut l'expédition et la manutention au Canada, mais exclut les taxes applicables. Les commandes pour les régions rurales ou éloignées sont sujettes à des frais de livraisons additionnels.
4. La commande complète doit être payée en totalité 30 jours après la réception de vos échantillons. Un intérêt de 1.5 % par mois sera porté à votre dossier pour les factures en souffrance.

Commentaires:

Signature du client: _____

Date: _____

For Office Use Only (Pour usage interne seulement)			
Initial request received by:		Date:	August 29, 2014
Signed form received by:		Date:	
Original program cancelled by:		Date:	
Samples Shipped by:		Date:	