

FORMULAIRE D'AVIS DE CONTESTATION
RÈGLEMENTS NATIONAUX DU RECOURS COLLECTIF SUR LES VITAMINES CANADIENNES
DATE D'ÉCHÉANCE POUR REMPLIR LE FORMULAIRE D'AVIS DE CONTESTATION
AVEC L'ADMINISTRATEUR : LE 10 AVRIL 2006

RENSEIGNEMENTS et DIRECTIVES:

L'administrateur des règlements nationaux du recours collectif sur les vitamines canadiennes, Deloitte & Touch LLP, a passé en revue chacune des réclamations, conformément aux termes du règlement à l'amiable.

- Il est possible de porter en appel la décision de l'administrateur en remplissant un FORMULAIRE D'AVIS DE CONTESTATION de la RÉCLAMATION avant la date d'échéance susmentionnée.
- Téléchargez un FORMULAIRE D'AVIS DE CONTESTATION sur www.vitaminsclassaction.com (le site Web des règlements du recours collectif sur les vitamines), puis remplissez-le en caractères d'imprimerie.
- Le FORMULAIRE D'AVIS DE CONTESTATION d'une RÉCLAMATION spécifique doit être rempli par la même personne que celle qui a signé la RÉCLAMATION.
- Faxez et signez le FORMULAIRE D'AVIS DE CONTESTATION rempli à l'administrateur au 1 866 298-1026 avant la date d'échéance susmentionnée.
- Si vous n'avez pas accès à un fax, envoyez le FORMULAIRE D'AVIS DE CONTESTATION rempli et signé par courrier (de sorte qu'il soit reçu avant la date d'échéance susmentionnée) au :
 Administrator, Canadian Vitamins Class Actions National Settlements, Deloitte & Touche LLP
 79 Wellington Street West, PO Box 29, TD Centre, Toronto Ontario MK5 1B9.

FORMULAIRE D'AVIS DE CONTESTATION, POUR PORTER EN APPEL LA DÉCISION DE L'ADMINISTRATEUR AFIN D'ARBITRER EN L'AFFAIRE DE RÉCLAMATION SUIVANTE:

NOM LÉGAL DU DEMANDEUR

(tel que mentionné sur la RÉCLAMATION)

ADRESSE DU DEMANDEUR (tel que mentionné sur la RÉCLAMATION)

Adresse municipale ou case postale

Municipalité

Province ou état

Code postal

NOM D'UTILISATEUR

(utilisé pour accéder à la RÉCLAMATION)

PRIX D'ACHAT TOTAL

(tel que mentionné sur la RÉCLAMATION)

\$

en dollars Canadien (frais d'expédition et taxes en sus)

INDEMNISATION TOTALE

(conformément à la décision de l'administrateur)

\$

en dollars Canadien (frais d'expédition et taxes en sus)

MOTIF du FORMULAIRE D'AVIS DE CONTESTATION pour cette RÉCLAMATION (sélectionnez un seul motif)

- Porter en appel la décision de l'administrateur sur le CALCUL DE L'INDEMNISATION TOTALE
- Porter en appel la décision de l'administrateur sur l'ADMISSIBILITÉ DE PARTICIPATION DANS LE PROCESSUS DE RÉPARTITION

REPRÉSENTATIONS / SIGNATURE / DÉTAILS SUR LE DEMANDEUR:

REPRÉSENTATIONS

1. Je possède l'autorité compétente pour signer le FORMULAIRE D'AVIS DE CONTESTATION de cette RÉCLAMATION.
2. Les renseignements indiqués et les représentations faites sur ce FORMULAIRE D'AVIS DE CONTESTATION sont, au meilleur de ma connaissance et de mon opinion, véridiques et exacts.

SIGNATURE

DÉTAILS sur le SIGNATAIRE susmentionné

Prénom

Second prénom

Nom de famille

Lien avec le demandeur / la réclamation (Utilisez des termes comme Signataire autorisé, titulaire, partenaire, fiduciaire, successeur, agent de succession ou représentant légal, etc., pour décrire le lien)

Numéro de téléphone
(avec indicatif régional)

Numéro de fax
(avec indicatif régional)

Adresse électronique