

PROGRAMME DE FABRICATION

Ce formulaire doit parvenir au plus tard 2 jours ouvrables avant le début de la fabrication

Le/la soussigné(e),

Nom et prénoms:	
Fonction:	
Dénomination de l'établissement laitier :	
Adresse complète: rue + numéro :	
code postal + commune :	
Téléphone :	E-mail:
Fax :	

informe le Département de la Police et des Contrôles qu'il procédera selon le programme décrit ci-après à la fabrication de lait écrémé en poudre.

Dates	Heures	Quantités	Lait écrémé en poudre pour le stockage public ¹	Lait écrémé en poudre pour le stockage privé ¹
/ /			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/ /			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait à _____, le _____

Signature :

¹ cocher selon l'activité souhaitée :