

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DESCRIPTION DES LIEUX ET DES ÉQUIPEMENTS

Loi sur la protection sanitaire des animaux (L.R.Q., c. P-42)
(Règlement sur les prémélanges médicamenteux et les aliments médicamenteux destinés aux animaux)

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'EXPLOITANT

N° DE DOSSIER :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Nom, dénomination ou raison sociale :	_____															
2. Adresse de l'exploitant :	_____															

_____ Code postal	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>															
Téléphone	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				-					-						
			-					-								
3. Nom et adresse du lieu d'exploitation :	_____															

2. DESCRIPTION DES ÉQUIPEMENTS VENANT EN CONTACT AVEC UN MÉDICAMENT QUELLE QUE SOIT LA FORME SOUS LAQUELLE IL SE PRÉSENTE

Type d'appareil (Mélangeur, trémies, vis, etc.)	Nature des matériaux	Imputrescible Imperméable et non toxique		Inspection de l'intérieur	
		Oui	Non	Oui	Non
		<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"/>

3. DESCRIPTION DES ÉQUIPEMENTS DE MÉLANGE*

Type d'appareil : _____	Capacité maximale : _____
Marque : _____	Type de vidange : _____
Modèle : _____	Temps de vidange : _____ Sec.
Numéro de série : _____	Rotation : _____ Tours/min.

* Le requérant doit décrire chacun des équipements de mélange qu'il utilise.

4. DESCRIPTION DE LA BALANCE*

Marque : _____	Capacité maximale : _____
Modèle : _____	Plus petite unité : _____
Type : _____	Utilisation première : _____

* Le requérant doit décrire chacune des balances qu'il utilise.

5. DESCRIPTION DES LIEUX ET CONTENANTS D'ENTREPOSAGE

Entrepôt/contenant	Nature des matériaux	Capacité	Imputrescible Imperméable et non toxique		À l'abri du soleil		À l'abri de la vermine	
			Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
			<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"/>

6. DÉCLARATION

Je déclare que les renseignements fournis sont vrais. En foi de quoi, j'ai signé le présent formulaire.											
Nom : _____	Signature : _____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			
		Année	Mois	Jour							

ESPACE RÉSERVÉ AU MINISTÈRE

Vérifié par : _____	Le	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
		Année	Mois	Jour						