

CONSUMER COMPLAINT RECORD

PLAINTE CONCERNANT DES PRODUITS DU POISSON

1 Region and Laboratory / Région et laboratoire		2 Date Complaint Received Date de réception de la plainte Y/A M D/J		3 Laboratory Identification No. / Country of Origin N° d'identification du laboratoire / Pays d'origine	
4 Complaint Received Direct Plainte reçue directement du consommateur Referred from Other Agency Transmise par un organisme Confidentiel? Yes No Confidentielle Oui Non		5 Name and address of agency Nom et adresse de l'organisme		6 Illness Involved (If yes, see No. 29) (Si oui, voir n° 29) Maladie Yes No Oui Non	
7 Complainant Name / Nom du plaignant			8 Residence Telephone No. / N° téléphone -domicile		
9 Complainant Address / Adresse du plaignant			10 Business Telephone No. / N° téléphone - bureau		
11 Product brand name / Marque de commerce du produit		12 Common name / Nom courant		13 Unit content / Contenu de l'unité	
14 Unit Price / Prix de l'unité		15 Container Code / Code du contenant		16 Container Type / Genre de contenant	
17 Manufacturer or distributor name and address / Nom et adresse du transformateur ou du détaillant					
18 Dealer or vendor name and address / Nom et adresse du marchand ou du vendeur			19 Date of purchase / Date d'achat Y/A M D/J		
20 Details of complaint / Détails concernant la plainte					
21 CFIA examined sample? Le ACIA a-t-il examiné un échantillon? Yes No Oui Non		22 Date examined / Date de l'examen Y/A M D/J		23 Additional samples collected at: N° of units: Autres échantillons recueillis à: Nombre d'unités: Store Residence Magasin Domicile Other Specify Autre Précisez	
Condition of storing prior to sampling: Condition d'entreposage avant l'échantillonnage:					
24 Results of examination / Résultats de l'examen Observations: Action / Mesures: Comments / Commentaires:					
25 Advised complainant of the results? Le plaignant a-t-il été informé des résultats? Yes / Oui No / Non By telephone In writing Par téléphone Par écrit			26 Examining Officer / Responsable de l'examen		
27 Referred for action to / Suivi			28 Date of report Date du rapport Y/A M D/J		
29 When illness is involved - Supplementary Report for Suspected Food Poisoning is to be filled out on reverse. S'il y a maladie, remplissez au verso la Formule supplémentaire pour les cas d'empoisonnement alimentaire					