

Loi sur la protection sanitaire des animaux (P-42)

Règlement sur les prémélanges médicamenteux et les aliments médicamenteux destinés aux animaux

Réservé au Ministère

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'EXPLOITANT

N° DE DOSSIER :

1. Nom, dénomination ou raison sociale : _____

2. Adresse de l'exploitant : _____

Code postal _____ Téléphone _____

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 : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

ESPACE RÉSERVÉ AU MINISTÈRE

Vérifié par : _____ Le _____ Année _____ Mois _____ Jour _____