

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