

Formulaire de désignation du/des responsable(s) LBC/FT-C

Nom de l'établissement _____

IDENTITÉ DES RESPONSABLES DE L'APPLICATION DE LA LOI N°1.362 MODIFIÉE

QUALITÉ (1)	NOM	PRÉNOM	FONCTION	DATE DE DÉSIGNATION	DATE DE FIN DE FONCTION	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DIRECT	NUMÉRO DE FAX DIRECT	ADRESSE MAIL

Nom du signataire _____

Fonction _____

Date _____

Signature