



Veillez remplir les deux côtés de la présente formule et la retourner au ministère de la Santé à l'adresse indiquée ci-dessus.

## VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT

### 1) Renseignements sur le fournisseur de produits allergènes

Nom commercial

Appellation légale (si différente)

Adresse (lieu physique)

Ville

Code postal

N° de téléphone

N° de télécopieur

Adresse postale (si différente)

Ville

Code postale

Nom de la personne-contact habituelle

N° de téléphone

### 2) Type d'entreprise

Entreprise individuelle

Association

Société

(S'il s'agit d'une société, veuillez joindre une liste indiquant le nom et l'adresse des principaux actionnaires, des administrateurs et du chef de la direction, et remplir la partie ci-dessous.)

Appellation légale du siège social

Adresse postale

Ville

Code postal

N° de téléphone

N° de télécopieur

Nom de la personne-contact habituelle

### 3) Type d'organisation :

Médecin

Laboratoire

### 4) Informations bancaires

Veillez joindre un chèque nul sur lequel vous avez inscrit le mot "NUL" et portant le numéro du compte dans lequel vous voulez que les dépôts soient faits et remplir la partie ci-dessous.

Nom de l'institution bancaire

N° de l'institution

Nom du titulaire du compte

Nom de la succursale

N° de la succursale

N° du compte

Adresse postale

Ville

Code postale

N° de téléphone de la banque

**5) Veuillez indiquer le nom et l'adresse du ou des propriétaire(s) et associé(s)**

*Remarque : Des renseignements supplémentaires peuvent être indiqués sur une feuille détachée.*

Nom	Adresse

**6) Veuillez indiquer le nom de tous les signataires autorisés :**

*Remarque : Des renseignements supplémentaires peuvent être indiqués sur une feuille détachée.*

Nom	N° d'inscription de l'OPO (le cas échéant)	Signature

**7)  Je demande et j'accepte qu'un exemplaire de l'avis de remise soit envoyé à mon siège social** (le cas échéant)

Signature du chef de service	Date	Signature du propriétaire	Date
------------------------------	------	---------------------------	------