Suivi de la visite de validation proAction

Numéro de producteur : _____

Nom de la ferme : _____

Votre nom : _____

Date de la validation : _____

Nom de l'agent de validation : _____

Heure d'arrivée : _____

Heure de départ : _____

L'agent est arrivé à l'heure convenue : **oui** ☐ **non** ☐

L'agent a respecté les exigences de biosécurité de la ferme : **oui** ☐ **non** ☐

L'agent était courtois et professionnel : **en désaccord** **1** **2** **3** **4** **5** **d'accord**

Commentaires :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Signature : _____

Veuillez retourner le formulaire :

Courrier : Les Producteurs de Lait du Québec – proAction
555, boul. Roland-Therrien, bur. 415,
Longueuil, J4H 4G3

Fax : 450 679-8334

Courriel : proAction@lait.qc.ca

proAction MD

Excellence à la ferme