EOHU Eastern Ontario Health Unit | BSEO Bureau de santé de l'est de l'Ontario

DÉCLARATION

Date: _____ Numéro d'incident : _____ Page _____ de _____

Nom : _____

Date de naissance : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Déclaration :

Agent/agente d'exécution de la loi sur le tabac : _____

Témoin : _____

Lieu : _____

Signature du témoin : _____

10960 SUIP-24f

DÉCLARATION (SUITE)

Date: _____ Numéro d'incident : _____ Page _____ de _____

Nom : _____

Date de naissance : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Déclaration (suite) :

Agent/agente d'exécution de la loi sur le tabac : _____

Témoin : _____

Lieu : _____

Signature du témoin : _____

10960 SUIP-24f