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

DÉCLARATION

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

Nom : _____

Date de naissance : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

Témoin : _____

Lieu : _____

Signature du témoin : _____

(verso)

DÉCLARATION (SUITE)

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

Nom : _____

Date de naissance : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

Témoin : _____

Lieu : _____

Signature du témoin : _____