

MUNICIPALITÉ DE SAINT-FABIEN

20-A 7^e Avenue, Saint-Fabien G0L 2Z0

Tél.: 418 869 2950 Fax : 418 869 3265



ANNEXE 2 – MUNICIPALITÉ DE SAINT-FABIEN

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CERTIFICAT D'AUTORISATION DES PESTICIDES

REQUÉRANT :

Nom :

Prénom :

Adresse du domicile :

Téléphone :

ENTREPRENEUR :

Nom :

Adresse :

Représentant :

Téléphone :

IMMEUBLE :

Adresse du lieu de traitement avec pesticides :

TRAITEMENT :

Identification de l'organisme nuisible :

Méthodes alternatives utilisées :

Nom du pesticide demandé :

Signature :

Date :

APPROUVÉ PAR :

Officier désigné :

Date :

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU CERTIFICAT D'AUTORISATION :

Du

au

(maximum 15 jours francs)

REFUSÉ PAR :

Officier désigné :

Date :

Motifs du refus :