

**AUTORISATION DE Réception MASQUES**

L’opérateur : (NOM)

(ADRESSE) :

Agréé, autorisé ou reconnu par l’AVIQ suivant n° :

Autorise Mr/Mme (NOM, PRENOM et FONCTION au sein de la structure) :

à réceptionner le nombre de boîtes de masques qui lui est attribué.

Fait à ...............................................................……………… le …………………………………………………

Signature du directeur/Responsable