

Résultats du contrôle

	Affilié contrôlé	Contrôleur OAR
Nom	_____	_____
Prénom	_____	_____
Adresse	_____	_____
	_____	_____
Téléphone	_____	_____
Télécopieur	_____	_____

En date du _____, le contrôleur précité a vérifié si les dispositions légales de la LBA, de même que celles des statuts et des règlements de l'OAR FSA/FSN, ont été respectées par l'affilié susmentionné.

Les dossiers suivants, sur un total de _____, ont été contrôlés :

N° _____

Il a été constaté ce qui suit :

À l'exception des dossiers qui sont énumérés au-verso, les dossiers LBA de l'affilié contrôlé sont gérés conformément aux règles applicables.

1. Manquements

En ce qui concerne les dossiers énumérés ci-dessous, il a été constaté des manquements au sujet desquels les mesures suivantes ont été ordonnées/proposées :

Dossier	Manquement	Mesures ordonnées/proposées	Délai pour la régularisation	Remarques

Il est relevé que l'OAR FSA/FSN peut ordonner d'autres mesures ou adapter celles qui ont déjà été ordonnées.

2. Recommandations

Les constatations énumérées ci-dessous amènent le contrôleur à formuler les recommandations suivantes.

Constatations	Recommandations

(lieu) _____ , le _____

L'affilié contrôlé

Le contrôleur OAR

Fait en un seul exemplaire original destiné à l'OAR FSA/FSN, l'affilié contrôlé recevant une photocopie.