

## CONTRÔLE A RECEPTION

Etablissement :

Mois :

Date	heure	Denrée contrôlée	N° de lot	Fournisseur	Aspect	Température	DLC	Hygiène du Fournisseur

*Se référer à la procédure de contrôles à réception pour les critères d'acceptabilité et de refus.*

**non-conformité :**

*Date :*

*action corrective mise en œuvre :*

|  
:

Initiales


## CONTRÔLE A RECEPTION

Etablissement :

Date	heure	Denrée contrôlée	N° de lot	Fournisseur	Aspect

*Se référer à la procédure de contrôles à réception pour les critères d'acceptabilité et de refus.*

non-conformité :
Date :
action corrective mise en œuvre :

MHA Conseil. Contact : [thomas.roquigny@mhaconseil.fr](mailto:thomas.roquigny@mhaconseil.fr)

Mois :

Température	DLC	Hygiène du Fourniss	Initiales


## CONTRÔLE A RECEPT

Etablissement :

Date	heure	Denrée contrôlée	N° de lot	Fournisseur	Aspect

*Se référer à la procédure de contrôles à réception pour les critères d'acceptabilité et de refus.*

<b>non-conformité :</b>
<i>Date :</i> <i>action corrective mise en œuvre :</i>

MHA Conseil. Contact : [thomas.roquigny@mhaconseil.com](mailto:thomas.roquigny@mhaconseil.com)

Mois :

Température	DLC	Hygiène du Fournisseur	Initiales


