

## Résultats du contrôle

	Affilié contrôlé	Contrôleur OAR
Nom	_____	_____
Prénom	_____	_____
Adresse	_____	_____
	_____	_____
Téléphone	_____	_____
Numéro de fax	_____	_____

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 \_\_\_\_\_ dossiers **ouverts**, ont été contrôlés :

N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Les dossiers suivants, sur un total de \_\_\_\_\_ dossiers **clos** depuis le dernier contrôle (date \_\_\_\_\_) ont été contrôlés :

N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Dans la mesure où le contraire ne ressort pas de la rubrique suivante, le contrôle n'a pas révélé d'état de fait laissant supposer que les déclarations de l'affilié ne correspondent pas aux faits ni que les dossiers ne sont pas tenus conformément aux exigences légales ainsi qu'aux statuts et aux règlements de l'OAR FSA/FSN.

## 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 :

Dossier	Manquement	Mesures ordonnées	Délai pour la régularisation	Remarques

Remarques

--

Il est précisé que l'OAR FSA/FSN peut aussi ordonner d'autres mesures.

## 2. Recommandations

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

Constatations	Recommandations/Propositions

.....  
(Lieu, date)

Durée du contrôle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
L'affilié contrôlé

\_\_\_\_\_  
Le contrôleur OAR

L'exemplaire original est destiné à l'OAR FSA/FSN ; l'affilié contrôlé en reçoit une copie.