

Demande de mesure corrective (PCEG)				DMC #				
Nom de l'entreprise			Critique	☐	Majeure	☐	Mineure	☐
Date(s) de l'audit				Id PCEG				
A) Description de la non-conformité et observations connexes								
Référence								
Date limite pour la mesure corrective								
Nom de l'inspecteur			Signature de l'inspecteur			Date		
Nom du représentant			Signature du représentant			Date		
B) Description de la mesure corrective (MC)								
Date d'achèvement de la MC								
Nom du représentant			Signature du représentant			Date		
Est-ce que la MC décrite ci-dessus est acceptable?				Oui	☐	Non	☐	
Si non, donnez les raisons								
Signature de l'inspecteur					Date			
C) Vérification de la mesure corrective								
Documentation requise fournie ?		Oui	☐	Non	☐			
Non-conformité corrigée?		Oui	☐	Non	☐			
Date de visite de suivi (si nécessaire) et résultats								
DMC terminée?		Oui	☐	Non	☐			
Si non, donnez les raisons								
Nom de l'inspecteur			Signature de l'inspecteur			Date		
Information d'archivage								