

FORMULAIRE D'ACTION CORRECTIVE - NAMI

À la fin du processus, transmettre ou télécopier ce formulaire avec les pièces justificatives à :

NAMI
4794 George Washington Memorial Highway
Hayes, VA 23072
Fax-804.684.5122

Compagnie: _____
Code Mfg: _____ **Date:** _____
Inspecteur NAMI: _____
Personne Resource: _____

Quel Problème a été détecté: _____

Quel est la cause de ce problème: _____

Décrire les mesures de correctives prises : _____

Décrire les mesures préventives prises afin de prévenir ce problème dans le futur : _____

Formulaire complété par : (Lettres Moulées): _____
Signature: _____
Date: _____

SECTION NAMI SEULEMENT - NAMI SECTION ONLY

Inspection Report Number Assigned: _____

Describe what further action is required: _____

Action Approved: () **Further Action Required:** () **Action Denied:** ()

NAMI Authorized Signature: _____ **Date:** _____