

Formulaire d'autorisation d'échantillonnage



AUTORISATION D'ÉCHANTILLONNAGE

Nom de l'événement							
Date	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	
Du				Au			

Nom de l'exposant	Nom du responsable
N° de kiosque	N° de téléphone

Description du produit	Format	Tarif (si applicable)

Autorisation ExpoCité	
Signature	Date
Autorisation Groupe Sportscène	
Signature	Date



Veuillez retourner le formulaire rempli à votre technicien aux événements.