

Rezepturinhaber

Firmenname

FiBL-Kundennummer (falls vorhanden)

Straße oder Postfach

PLZ und Ort, Staat

Ansprechperson

Telefon

E-Mail

Letter of Access / Zugangsberechtigung

x Hiermit erteile ich die folgende Zugangsberechtigung.

Die Firma

Firmenname des Rezepturinhabers

FiBL-Kundennummer (falls vorhanden)

Adresse des Rezepturinhabers

Produkt,- Rezepturinhaber des Produktes

Produktname beim Rezepturinhaber

ermächtigt hiermit die Firma

Firmenname des Inverkehrbringers

Adresse des Inverkehrbringers

das o.g. Produkt unter dem Namen

Produktname beim Inverkehrbringer

zu vertreiben.

Uns wurde zugesichert, dass das von uns hergestellte Produkt unverändert in den Handel gebracht wird. Wir bestätigen außerdem, dass wir bei Änderungen der Rezeptur des Produktes den oben genannten Inverkehrbringer unverzüglich in Kenntnis setzen werden.

Falls wir das Produkt ebenfalls in der Betriebsmittelliste veröffentlichen und die Freigabe von der FiBL Projekte GmbH zurückgezogen wird, bin ich dazu verpflichtet, den Inverkehrbringer in Kenntnis zu setzen.

Das Dokument muss handschriftlich unterschrieben zurückgesendet werden!

Ort

Datum

Name des/der Absenders/in

Firmenname

Unterschrift Absender/-in