

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 _____ zu vertreiben.
Produktname beim Inverkehrbringer

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 vom FiBL zurückgezogen wird, bin ich dazu verpflichtet, den Inverkehrbringer in Kenntnis zu setzen.

Ort

Datum

Name des/der Absenders/in

Firmenname