

## Résultats du contrôle

|               | Affilié contrôlé | Contrôleur OAR |
|---------------|------------------|----------------|
| Nom           | _____            | _____          |
| Prénom        | _____            | _____          |
| Adresse       | _____            | _____          |
|               | _____            | _____          |
| Téléphone     | _____            | _____          |
| Numéro de fax | _____            | _____          |

En date du \_\_\_\_\_ le contrôleur précité a vérifié si les dispositions légales de la LBA, de même que celles des statuts et des règlements de l'OAR FSA/FSN, ont été respectées par l'affilié susmentionné.

Les dossiers suivants, sur un total de \_\_\_\_\_ dossiers **ouverts**, ont été contrôlés :

N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Les dossiers suivants, sur un total de \_\_\_\_\_ dossiers **clos** depuis le dernier contrôle (date \_\_\_\_\_) ont été contrôlés :

N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Dans la mesure où le contraire ne ressort pas de la rubrique suivante, le contrôle n'a pas révélé d'état de fait laissant supposer que les déclarations de l'affilié ne correspondent pas aux faits ni que les dossiers ne sont pas tenus conformément aux exigences légales ainsi qu'aux statuts et aux règlements de l'OAR FSA/FSN.

## 1. Manquements

En ce qui concerne les dossiers énumérés ci-dessous, il a été constaté des manquements au sujet desquels les mesures suivantes ont été ordonnées :

| Dossier | Manquement | Mesures ordonnées | Délai pour la régularisation | Remarques |
|---------|------------|-------------------|------------------------------|-----------|
|         |            |                   |                              |           |
|         |            |                   |                              |           |
|         |            |                   |                              |           |
|         |            |                   |                              |           |
|         |            |                   |                              |           |
|         |            |                   |                              |           |
|         |            |                   |                              |           |

Remarques

|  |
|--|
|  |
|--|

Il est précisé que l'OAR FSA/FSN peut aussi ordonner d'autres mesures.

## 2. Recommandations

Les constatations énumérées ci-dessous amènent le contrôleur à formuler les recommandations suivantes.

| Constatations | Recommandations/Propositions |
|---------------|------------------------------|
|               |                              |
|               |                              |
|               |                              |
|               |                              |

.....  
(Lieu, date)

Durée du contrôle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
L'affilié contrôlé

\_\_\_\_\_  
Le contrôleur OAR

L'exemplaire original est destiné à l'OAR FSA/FSN ; l'affilié contrôlé en reçoit une copie.