GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Salud y Consumo

## ANEXO II

## MODELO DE DOCUMENTO PARA EL TRASLADO DE PRODUCTOS A SUCURSALES

Tipo de establecimiento: .....

C/ .....

Localidad..... Provincia.....

Nº de Autorización: ..../...../XX/XXXX

Albarán nº: .....
Fecha: / /
Destinado a la sucursal nº……,

C/ .....

Localidad..... Provincia.....

**Productos Amparados y peso:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____