



Ministero della Salute

RICHIAMO

Data: Marchio del prodotto:

Denominazione di vendita:

Nome o ragione sociale dell'OSA a nome del quale il prodotto è commercializzato:

Lotto di produzione:

Marchio di identificazione dello stabilimento/del produttore:

Nome del produttore:

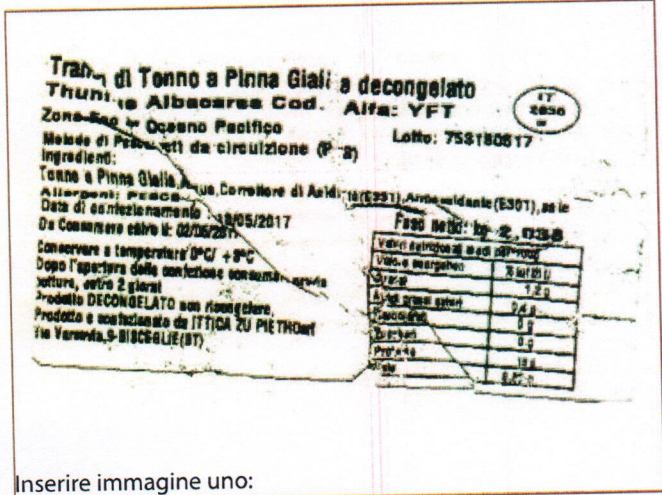
Sede dello stabilimento:

Data di scadenza o termine minimo di conservazione:

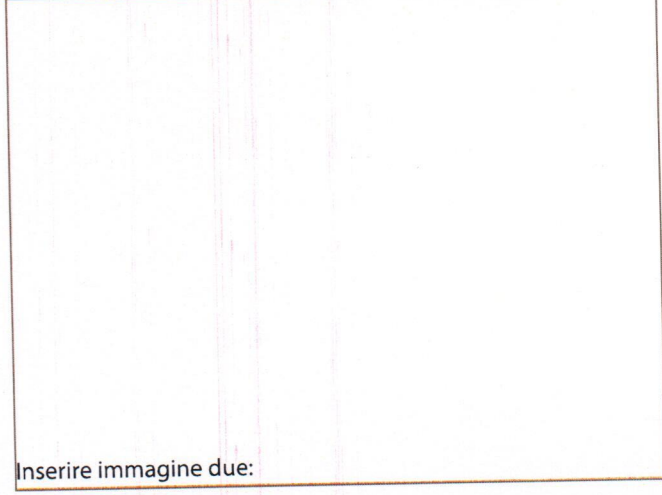
Descrizione peso/volume unità di vendita:

Motivo del richiamo:
Presenza di Istamina superiore ai limiti ex Reg 2073/2005 s.m.i.
Associazione con episodi di intossicazione nelle Regioni Puglia, Basilicata, Lazio e Veneto

Avvertenze:



Inserire immagine uno:



Inserire immagine due: