



DOSSIER DE DEMANDE INFORMATIONS RELATIVES AU DEMANDEUR

INFORMATIONS DU DEMANDEUR					
Nom de l'entreprise					
Forme juridique					
N° Siret (14 Chiffres)					
Adresse du siège social					
Nom et prénom du responsable de l'entreprise					
Tel		Tel portable		Mail	
Certifications existantes dans l'entreprise et organisme certificateur (ex : HVE, GlobalGap, agriculture biologique...): 					
Fournir Kbis ou répertoire Sirene					
CERTIFICATION DEMANDEE					
Activités concernées :					
<input type="checkbox"/> Application en prestation de service: hors traitement de semence					
<input type="checkbox"/> Application en prestation de service: traitement de semence en unité mobile					
<input type="checkbox"/> Application en prestation de service: traitement de semence en unité industrielle					
<input type="checkbox"/> Distribution de produits phytopharmaceutiques à des utilisateurs professionnels					
<input type="checkbox"/> Distribution de produits phytopharmaceutiques à des utilisateurs non professionnels					
<input type="checkbox"/> Conseil à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques hors conseil stratégique					
<input type="checkbox"/> Conseil stratégique à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques					
<input type="checkbox"/> Conseil à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques y compris conseil stratégique					
<input type="checkbox"/> Conseil à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques hors conseil stratégique - indépendance élargie					
<input type="checkbox"/> Conseil stratégique à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques - indépendance élargie					
<input type="checkbox"/> Conseil à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques y compris conseil stratégique - indépendance élargie					
Prestation demandée : Choisissez un élément.					
En cas de surveillance ou renouvellement compléter ci-dessous					
TRANSFERT DE CERTIFICATION					
Transfert de certification : Si vous êtes déjà certifié en certification phyto et que vous souhaitez effectuer un transfert d'organisme de certification, merci de renseigner les informations suivantes (joindre la copie du certificat en cours) :					
Numéro d'agrément :					
Date d'agrément initiale					
Date de certification initiale :					
Dernier audit effectué:		Choisissez un élément.			
Date du dernier audit :					
Nom de votre organisme certificateur actuel :					
Fournir certificat et agrément					



DOSSIER DE DEMANDE INFORMATIONS

RELATIVES AU DEMANDEUR

MISE EN PLACE DU REFENTIEL DE CERTIFICATION

Intervention d'organisme(s) extérieur(s) de conseil/formation pour l'obtention de la certification :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, compléter les informations suivantes : Type de prestation	Formation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Conseil	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Pré audit ou audit à blanc	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nom de l'organisme			

PERIMETRE DE CERTIFICATION DEMANDE

*On entend par sites les lieux de l'entreprise exerçant une activité sous agrément et non les sites des clients
Si l'entreprise possède plus de sites, merci de nous transmettre un document reprenant les mêmes informations
Attention : Tous les sites doivent avoir un lien juridique ou contractuel avec le bureau central.*

Liste des sites		Activité(s) concerné(s)			
		Sans activité	Application	Distribution pro	Distribution Grand public
	Siège	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Site 1	Adresse SIRET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Site 2	Adresse SIRET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Site 3	Adresse SIRET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Site 4	Adresse SIRET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Site 5	Adresse SIRET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATTESTATION

Je soussigné.....

responsable de l'entreprise..... certifie exactes toutes les informations fournies dans le présent document.

Je reconnais avoir pris connaissance et compris les exigences pour l'octroi de la certification décrites dans les modalités de certification des prestations de mise en vente, vente, de distribution à titre gratuit, d'application et de conseil à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques remises par OCACIA.

Je déclare que toute différence de compréhension entre OCACIA et moi-même a été résolue.

Date	Signature
------	-----------