



QUESTIONNAIRE PREALABLE

CERTIFICATION D'ENTREPRISES RELATIVE A LA DISTRIBUTION, L'APPLICATION EN PRESTATION DE SERVICES OU LE CONSEIL INDEPENDANT DE PRODUITS PHYTOPHARMACEUTIQUES

Identification de l'entreprise	
Raison Sociale :	Correspondant :
Adresse siège social :	Tél : Fax : Portable : e-mail :

Entreprise débutant son activité	Oui	Non	Activités de la société :
N° d'agrément phyto			-
Entreprise déjà certifiée par un organisme de contrôle	Oui	Non	-
	Nom : Fin de validité du certificat :		
Code APE			
N° SIRET			
N° de TVA intracommunautaire			Nombre de salariés concernés :
Avez-vous fait appel a un organisme de conseil pour la mise en place de la certification			Oui Nom de l'organisme : Non

Type(s) d'activité(s) concerné(s) par la demande	Nombre d'établissements concernés et localisation (3)
Etablissement de distribution de produits phytopharmaceutiques à des <u>utilisateurs professionnels</u> ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>	<u>Nombre :</u> <u>Localisation :</u>
Etablissement de distribution de produits phytopharmaceutiques à des utilisateurs <u>non professionnels</u> ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>	<u>Nombre :</u> <u>Localisation :</u>
Etablissement d'application en prestation de service de produits phytopharmaceutiques ⁽²⁾ <input type="checkbox"/>	<u>Nombre :</u> <u>Localisation :</u>
Etablissement de conseil à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques, indépendant de toute activité de vente ou d'application <input type="checkbox"/>	<u>Nombre :</u> <u>Localisation :</u>

- (1) : un site = un lieu de stockage et/ou de délivrance de produits phyto
 (2) : un site = 1 lieu de stockage de phyto, de matériel et un relais documentaire
 (3) : la liste par activité peut être fournie en annexe

Les modalités d'audit sont définies dans des guides de lecture parus au Bulletin Officiel du Ministre de l'Agriculture. Ces textes sont disponibles sur le site www.certisud.fr rubrique Certification PHYTO

Le responsable de la société déclare complètes et véridiques les informations portées sur ce document et s'engage à signaler toute modification à CERTISUD.

Fait à :	Nom, signature et cachet
le	

A retourner à CERTISUD 70 Av Sallenave – 64000 PAU, ou accueil@certisud.fr, ou par fax 05.59.84.23.06

Validation par CERTISUD pour instruction :