



QUESTIONNAIRE PRELABILE

CERTIFICATION D'ENTREPRISES RELATIVE A LA DISTRIBUTION, L'APPLICATION EN PRESTATION DE SERVICES OU LES CONSEILS STRATEGIQUE ET SPECIFIQUE DE PRODUITS PHYTOPHARMACEUTIQUES

Identification de l'entreprise	
Raison Sociale :	Nom et prénom du responsable de l'entreprise :
Adresse siège social :	Tél : Portable : e-mail :

Entreprise débutant son activité	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Activités de la société : Entreprise de travaux agricole <input type="checkbox"/> Paysagiste <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <input type="checkbox"/>
N° d'agrément phyto			
Entreprise déjà certifiée par un organisme de contrôle	<input type="checkbox"/> OUI Nom organisme certificateur : Fin de validité du certificat : (joindre le certificat en cours)	<input type="checkbox"/> NON	
Code APE			
N° SIRET			
N° de TVA intracommunautaire			
Entreprise multi-sites : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (joindre liste en annexe)			
Effectif* de l'entreprise inférieur à 10 personnes : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Effectif total de l'entreprise : (si multi-sites, répartition des effectifs par site - joindre une annexe)			
Effectif concerné par le périmètre de certification :			
Chiffre d'affaires annuel ou total de bilan inférieur à 2 millions d'euros <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Avez-vous fait appel a un organisme de conseil pour la mise en place de la certification <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nom de l'organisme :			
Possédez-vous des certifications autres que la certification d'entreprise Certiphyto? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Lesquelles :			

Type(s) d'activité(s) concerné(s) par la demande	Nombre d'établissements concernés et localisation (3)
Distribution de produits phytopharmaceutiques à des <u>utilisateurs professionnels</u> ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>	<u>Nombre :</u> <u>Localisation :</u>
Distribution de produits phytopharmaceutiques à des utilisateurs <u>non professionnels</u> ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>	<u>Nombre :</u> <u>Localisation :</u>
Application de produits phytopharmaceutiques en prestation de service ⁽²⁾ : - hors traitement de semence (par exemple : pulvérisation) <input type="checkbox"/> - traitement de semence en unité mobile <input type="checkbox"/> - traitement de semence en unité industrielle <input type="checkbox"/>	<u>Nombre :</u> <u>Localisation :</u>

Type(s) d'activité(s) concerné(s) par la demande	Nombre d'établissements concernés et localisation (3)
Conseil stratégique et/ou spécifique à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques : - Conseil stratégique à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques <input type="checkbox"/> - Conseil spécifique à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques <input type="checkbox"/> - AVEC indépendance élargie à la vente d'intrants (exigences C15 et C16 applicables) <input type="checkbox"/> - SANS indépendance élargie à la vente d'intrants (exigences C15 et C16 non applicables) <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 : le	Nom, signature et cachet
--	---------------------------------

A retourner à CERTISUD 70 Avenue Louis Sallenave – 64000 PAU, ou accueil@certisud.fr