

DEMANDE D'AGRÉMENT POUR LA DISTRIBUTION, L'APPLICATION EN PRESTATION DE SERVICE ET LE CONSEIL STRATÉGIQUE ET/OU SPÉCIFIQUE À L'UTILISATION DE PRODUITS PHYTOPHARMACEUTIQUES

ARTICLES R. 254-3 À 7 ET R. 254-15 À 19 (CRPM)
DÉCRET N° 2011-1325

ARRÊTÉ DU 16 OCTOBRE 2020 FIXANT LES MODALITÉS DE LA CERTIFICATION MENTIONNÉE AU 2° DE L'ARTICLE L. 254-2 DU CODE RURAL ET DE
LA PÊCHE MARITIME

**A renvoyer dûment complété de la direction régionale de l'agriculture et de l'alimentation / service régional de l'alimentation
de la région où se situe le siège social de votre organisme**

IDENTIFICATION DE L'ORGANISME DEMANDEUR

N° SIREN : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Raison sociale (ou nom et prénom) : _____

Forme juridique : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_|_|_|_| : Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ; |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Fixe *Mobile*

Mél : _____

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nombre total de salariés : |_____|

Nombre d'établissements effectuant :

de la distribution de produits phytopharmaceutiques à des utilisateurs professionnels : |_____|

de la distribution de produits phytopharmaceutiques à des utilisateurs non professionnels : |_____|

de l'application en prestation de service de produits phytopharmaceutiques : |_____|

du conseil stratégique/spécifique à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques : |_____|

La présente page est à remplir autant de fois que nécessaire, à la fois pour l'établissement principal et pour chaque établissement secondaire, en numérotant chaque page jointe.

IDENTIFICATION ET DESCRIPTION DE CHAQUE ÉTABLISSEMENT BÉNÉFICIAIRE DE L'AGRÉMENT DEMANDÉ

Identification de l'établissement

N° SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Code(s) activité(s) de l'établissement : _____

Raison sociale (ou nom et prénom) : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_|_|_|_| : Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ; |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Fixe *Mobile*

Mél : _____

Activité(s) de l'établissement

Veuillez cocher la ou les cases correspondantes. Plusieurs cases peuvent être cochées s'il y a plusieurs activités dans un même établissement.

- Établissement de distribution de produits phytopharmaceutiques
 Établissement d'application en prestation de service de produits phytopharmaceutiques
 Établissement de conseil stratégique et/ou spécifique à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques

Effectif total de l'établissement et sa répartition par fonction/activité

Effectif total Nom	Nombre
Effectif exerçant des fonctions de vente	
Effectif exerçant des fonctions de vente	
Effectif utilisant les produits phytopharmaceutiques	
Effectif exerçant des fonctions d'encadrement	
Effectif total de l'établissement	

Identification du (des) certifié(s) de l'établissement

Nombre de personnes certifiées : _____

Veuillez compléter le tableau infra avec les codes des fonctions indiquées dans l'annexe jointe au présent formulaire, ou libeller si la fonction n'est pas codifiée

Nom	Prénom	Fonction dans l'établissement (code)

LISTE DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DOSSIER DE DEMANDE

Libellé	Pièce jointe	Sans objet
Attestation de la police d'assurance couvrant la responsabilité civile professionnelle de l'organisme mentionnant l'activité de vente, d'application ou de conseil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie du contrat avec un organisme certificateur reconnu par le Ministère en charge de l'agriculture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie de l'avis favorable par un organisme certificateur reconnu par le Ministère en charge de l'agriculture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MENTIONS LÉGALES : VOS DROITS

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux données nominatives portées dans ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour ces données auprès du ministère en charge de l'agriculture.

ENGAGEMENTS ET SIGNATURE

Je soussigné(e) (*nom et prénom du responsable de l'organisme demandeur*) _____ ,

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ces documents

et m'engage à :

- notifier tout changement mettant en cause les conditions de l'agrément ;**
- fournir dans un délai maximum de 6 mois après la délivrance de l'agrément provisoire, une copie du certificat qui me sera délivré par un organisme certificateur reconnu par le Ministère en charge de l'agriculture.**

Fait le |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Signature :

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date de réception : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| ; **N° D'enregistrement :** _____