

ΑΙΤΗΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ GLOBALG.A.P. Ver. 5.1 (ΠΕΔΙΟ: ΦΡΟΥΤΑ & ΛΑΧΑΝΙΚΑ)

ΟΛΑ ΤΑ ΠΕΔΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΕΛΑΤΗ

Γενικές Πληροφορίες					
Επωνυμία Γεωργικής Εκμετάλλευσης:			Διακριτικός Τίτλος:		
Νομική Μορφή:			Κωδικός GGN/GLN: (Εφόσον υφίσταται από προηγούμενο Φορέα)		
Διεύθυνση:		T.K.:	ΑΦΜ:		ΔΟΥ:
Τηλέφωνο:		Fax:	E-mail:		Ιστοσελίδα:
Γεωγραφικό Στίγμα:					
Στοιχεία Υπευθύνου Διαχείρισης GLOBALGAP			Στοιχεία Συμβούλου (Εφόσον υπάρχει)		
Όνοματεπώνυμο:			Επωνυμία:		
Τηλέφωνο:			Τηλέφωνο:		
Δραστηριότητα / Πεδίο Εφαρμογής					
A/A	Προϊόν	Αριθμός Παραγωγών	Επιφάνεια (στρέμματα)	Παράλληλη Παραγωγή	Παράλληλη Ιδιοκτησία
				<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
				<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
				<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
				<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Περιγραφή και θέση εγκαταστάσεων χειρισμού προϊόντων που αφορά η Πιστοποίηση (αποθήκες, συσκευαστήρια, ψυγεία, κλπ):					
Σε περίπτωση που γίνεται χρήση υπερβολάβων, αναφέρατε επιγραμματικά τις αναληφθείσες εργασίες:					
Τα προϊόντα που αφορά το GLOBALG.A.P προορίζονται για εξαγωγή; Εάν ΝΑΙ αναφέρετε οπωσδήποτε τις χώρες προορισμού & εμπορίας:					
Ποιος ο μοναδικός κωδικός αναγνώρισης GGN/GLN και η διεύθυνση της επιχείρησης ή του προσώπου που εκτελεί το μετασυλλεκτικό χειρισμό, εφόσον δηλώνεται τέτοιος, όταν αυτός τελείται εκτός φάρμας του αιτούμενου πελάτη;					
Προδιαγραφή: GLOBALGAP Option (1) (2) (3) (4) (κυκλώστε την επιθυμητή επιλογή και διαγράψτε τις υπόλοιπες)			Επιθυμητή Ημερομηνία Επιθεώρησης:		
Άλλες πιστοποιήσεις του Οργανισμού σας και οι Φορείς Πιστοποίησης που υπάρχει συνεργασία:					
Άλλες σχετικές πληροφορίες/ Κανονιστικές Απαιτήσεις & Νομοθετήματα/ Άδεια Λειτουργίας κ..λ.π					
Δηλώνω υπεύθυνα ότι:					
1) Όλα τα στοιχεία της παρούσας Αίτησης είναι ακριβή και αληθή					
2) Αποδέχομαι πλήρως τον Ειδικό Κανονισμό Πιστοποίησης Προϊόντων κατά GLOBALGAP της EQA Hellas					
3) Θα καταβάλλω όλα τα σχετικά τέλη και έξοδα της διαδικασίας πιστοποίησης, ανεξαρτήτως αποτελέσματος αξιολόγησης / επιθεώρησης					
4) Δεν έχω υποβάλλει όμοια Αίτηση Πιστοποίησης Προϊόντων κατά GLOBALGAP σε άλλο Φορέα Πιστοποίησης					
5) Αποδέχομαι τη παροχή των πληροφοριών που προβλέπονται από τους κανονισμούς και τους όρους Πιστοποίησης, προς την EQA HELLAS και το Σχήμα Πιστοποίησης GLOBALGAP					
6) Θα ενημερώνω άμεσα την EQA HELLAS για οποιαδήποτε μελλοντική μεταβολή στα στοιχεία που δηλώνονται στη παρούσα Αίτηση					
7) Θα ενημερώνω για οποιαδήποτε αλλαγή αναφορικά με την Ομάδα Παραγωγών και την εφαρμογή του ΣΔ.					
8) Επιθυμείτε να εμφανίζεται το όνομα και η διεύθυνση της εκμετάλλευσης στο κοινό; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ					
9) Επιθυμείτε να εμφανίζεται το όνομα και η διεύθυνση των παραγωγών στο κοινό; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ					
10) Επιθυμείτε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα ανταμοιβής απροειδοποίητων ελέγχων με αντίστοιχη μείωση κόστους επιθεώρησης 5% και σύμφωνα με τις υποχρεώσεις των απροειδοποίητων ελέγχων; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ					
Όνομα αιτούντος:			Υπογραφή:		
Ημερομηνία:			Σφραγίδα:		

*ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΕΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΙ ΟΛΑ ΤΑ ΠΕΔΙΑ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΟΥ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΣ

