

## 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'AGRÈMENT 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	Nombre
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 :** \_\_\_\_\_