

FORMULAIRE DE DEMANDE GLOBALG.A.P. CERTIFICATION

PLANTES

| | | | |
|--|---|--|--------------------|
| Nom de l'entreprise: (Veuillez préciser le nom complet de la société avec, par exemple, Ltd., Inc, SAC, SA, SARL, BV) | Adresse de l'entreprise : (Rue, code postal, ville, province, pays, boîte postale) | | |
| Représentant légal: Nom: Fonction: | Contact: (Si différent) Nom: Fonction: | | |
| Numéros de téléphone: Mobiles : | Adresse e-mail: Adresse e-mail pour l'envoi de la facture si différente: | | |
| Numéro de TVA/Numéro d'entreprise /Numéro de chambre de commerce: Dans le pays d'immatriculation : | Global Location Number/GLN attribué par GS1 (si disponible): | | |
| Coordonnées GPS du siège (latitude/longitude avec 4-6 décimales +/-10m) : | Numéro GLOBALG.AP (GGN/CoC) attribué : | | |
| | Oui, GGN: | | Jamais reçu |

| Type de certification GLOBALG.A.P. | | | |
|--|--|--|--|
| Premier audit OC – Demande initiale | | Je n'ai jamais été audité/certifié pour GLOBALG.A.P. auparavant | |
| | | Je déclare que je n'ai jamais reçu de numéro d'identification GLOBALG.A.P. (GGN, CoC, n°PHA) | |
| Transfert CB avec certificat valide auprès d'un autre organisme – joindre le certificat valide | | | |
| Audit de renouvellement | | | |
| Audits supplémentaires | | | |

| Programmes de certification des plantes (marquez les modules préférés avec un « X ») | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------------|
| IFA | | Fruits et légumes (FV) v6-Smart | |
| | | Houblon v6-Smart | |
| | | Cultures combinables (CC) v5.2 | |
| | | Fleurs et plantes ornementales (FO) v6-Smart | |
| | | Matériel de multiplication des plantes (PPM) v5.2 | |
| IFA GFS | | FV v5.4-1 | Règle de distribution flexible |
| | | FV v6 (pas encore reconnu) | |
| Cultures destinées à la transformation | | FV | |
| | | CC | |
| | | Café vert | |
| localg.a.p. Module d'approche axée sur l'impact (IDA) | Nom du fournisseur FMS : | | |
| localg.a.p. Primary Farm Assurance (PFA) | | | |

| | |
|---|--|
| Audit du système de surveillance des résidus (IFA) | S'appliquer en tant qu'opt2 offrant RMS uniquement aux membres du groupe |
| | Si vous postulez en tant qu'opérateur RMS individuel (couvrant plus d'un titulaire de certificat), veuillez remplir le point 9 |

Modules complémentaires

| | |
|--|--|
| GRASP (veuillez également remplir l'annexe GRASP) | |
| GG PLUS (McDonald's) | |
| NURTURE Module FV | Nom du fournisseur principal : O-clé du fournisseur principal : Nom de l'entreprise exportatrice : ID PPPL approuvé : |
| NURTURE Module FO (joindre l'approbation du fournisseur principal) | |
| GGFSA | |
| FSMA PSR | |
| SPRING | |
| AH-DLL GROW (joindre une preuve de contrat de service) | Nom du/des prestataire(s) de services : |
| TR 4 Biosécurité pour les bananes | |
| Approche axée sur l'impact (IDA) | Nom du fournisseur FMS : |
| SIZA ENVIRO / SIZA LEAF BOLT ON | |
| Freshmark GMP | |

Options de Certification (marquez l'option préférée avec « X »)

| | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Option 1 : Site unique | Option 1 : Multi-sites avec QMS |
| Option 1 : Multi-sites sans QMS | Option 2 : Groupe d'agriculteurs |

Services supplémentaires (si nécessaire)

| |
|--|
| Audit blanc - Ce service vous aidera à évaluer le degré de conformité du système de production actuel vis-à-vis des exigences GlobalGap avant le premier audit. |
| Demande d'audit/d'inspection de module hors site/sur site (CB peut décider de l'offrir) |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Dans le cas de projets QMS | Nom du ou des auditeurs internes du QMS : Nom du ou des vérificateurs internes de la ferme : |
|-----------------------------------|---|

1. Produits

***La propriété parallèle (anciennement PP/PO ensemble) est** la situation dans laquelle les producteurs cultivent et/ou achètent (et manipulent) des produits non certifiés des mêmes produits qu'ils cultivent dans le cadre d'une production certifiée. Il s'agit également d'une OP si un PG manipule des quantités certifiées et non certifiées d'un même produit, même de la part de ses producteurs !

| Nom des produits de l'unité selon la liste des produits GLOBALG.A.P. | Période(s) de récolte | Surface cultivée en hectares | | | | PO* Propriété parallèle (Oui/Non) | Pays de destination | Modules complémentaires applicables |
|---|-----------------------|------------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| | | 1ère récolte Couvert | 2nde récolte Couverte | 1ère récolte Non couverte | 2nde récolte Non couverte | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

2. Sites de production et cultures connexes

(p. ex., sites agricoles, champs, terres arables)

Remarque : **Dans le cas de Groupes de producteurs / Multi-sites sans QMS / Multi-sites avec QMS, veuillez remplir la feuille Excel ci-joint.**

Remarque : Dans le cas de sites loués, des contrats de location doivent être disponibles lors de l'audit.

| Nom/ID de l'unité | Nom de la personne à contacter | Adresse | Latitude | Longitude | Supplémentaire/Modifié/Retiré |
|-------------------|--------------------------------|---------|----------|-----------|-------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Nom/ID de l'unité | Plante(s) | Période de récolte | Surface couverte (ha) | Nombre de cycles de croissance par an | Superficie non couverte (ha) | Nombre de cycles de croissance par an | Récolte incluse ? (Oui/non) | PO (Oui/non) | Module complémentaire |
|-------------------|-----------|--------------------|-----------------------|---------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

3. Unités de manutention des fruits et légumes

(p. ex., entrepôt, station de conditionnement)

Si la manutention entre dans le champ d'application, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

| Nom de l'unité | Adresse | Latitude | Longitude | Produit applicable | Saison de manutention (par culture) | PO Propriété parallèle (Oui/Non) | Certificat valide (système de sécurité alimentaire GFSI ou autre IFA) | Processus(s) (p. ex. stockage, emballage) – liste par produit |
|----------------|---------|----------|-----------|--------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

4. Période de non-exploitation de PHU

| Intervalle | Motif/justification : |
|------------|-----------------------|
| | |

5. Déclarations:

Je déclare que (Marquer d'un « x » seulement, s'il y a lieu)

| | |
|--|--|
| | Le(s) même(s) produit(s) est/sont également emballé(s) pour d'autres producteurs certifiés GLOBALG.A.P dans mon unité de manutention de produits |
| | Le(s) même(s) produit(s) est/sont également emballé(s) pour d'autres producteurs non certifiés GLOBALG.A.P. dans mon Unité de Manutention des Produits |
| | L'opération de manutention des produits est sous-traitée à un ou plusieurs autres producteurs certifiés GLOBALG.A.P. Veuillez également remplir le point 6. |
| | L'opération de manutention des produits est sous-traitée à d'autres producteurs/entreprises non certifiés GLOBALG.A.P. Si l'unité de manutention des fruits et légumes ou le producteur possède un certificat de salubrité des aliments reconnu par la GFSI, indiquez le numéro et la validité du certificat et veuillez joindre une copie du certificat. Veuillez également remplir les points 3 et 6 |
| | Exclusion de la récolte de produits Justification/motif d'exclusion : |
| | Exclusion de la manutention des produits Justification/motif d'exclusion : |

6. Sous-traitants

Est-ce que certaines de vos activités de production, de transformation et de manutention sont effectuées par des sous-traitants (p. ex., traitement chimique) ? Si oui, veuillez mentionner ci-dessous.

| | |
|--|--|
| | Activités de production, de transformation et de manutention effectuées (au moins partiellement) par des sous-traitants (p. ex. traitement chimique) |
| | Je n'ai pas de sous-traitant |

| Nom du sous-traitant | Adresse | Activité/Processus | Certifié (GLOBALG. A.P., IFS, BRC, etc.) ou non (si oui, inclure GGN, numéro de certificat, validité) | ID de l'unité desservie |
|----------------------|---------|--------------------|---|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

Les détails spécifiques ci-dessous sont à remplir le cas échéant pour votre demande, sinon passez au point 10

7. Uniquement pour les cultures destinées à la transformation – CFP – 100% de transformation des plantes appliquées .

S'il s'agit d'un produit destiné en partie à la transformation et en partie à la consommation de produits frais, il doit être certifié selon l'IFA.

| Nom de la culture selon la liste des produits GLOBALG.A.P. | Description et utilisation du procédé (par exemple. cuisson, pasteurisation, lavages antipathogènes, irradiation) | Description du produit final (p. ex. jus, pulpe, congelé, séché) | Risques et mesures d'atténuation (le contrat avec les sous-traitants, l'HACCP, l'organigramme de traitement peuvent être joints.) | Sous-traitant et pays du sous-traitant |
|--|---|--|---|--|
| | | | | |
| | | | | |

8. Uniquement pour SPRING

(Programme durable pour l'irrigation et l'utilisation des eaux souterraines)

| Nom de la culture selon GLOBALG.A.P. Liste des produits | Aire Couvert (ha) | Eau Sources et infrastructures (puits, rivière, cours d'eau, etc.) | Quantité d'eau Utilisée en m ³ /an |
|---|-------------------|--|---|
| | | | |
| | | | |

9. Détails de l'opérateur RMS individuel

| | |
|---------------------------------------|--|
| Produits inclus | |
| Nombre de participants | |
| Champ d'application de la zone | |

10. Période d'audit souhaitée

Veillez indiquer le temps de transfert estimé entre les unités, y compris le bureau administratif, s'il y a lieu

| | |
|--|--|
| Décrivez l'emplacement et le temps de transfert des unités | |
| Période d'audit souhaitée | |
| Veillez indiquer vos 15 jours d'indisponibilité pendant votre période d'audit (4 mois avant l'expiration de votre certificat et 4 mois après l'expiration de votre certificat si la prolongation a été faite) | |

11. J'accepte les conditions de diffusion des informations sur mes activités dans la base de données GLOBALGAP

Selon une des modalités suivantes : cocher le niveau choisi avec un « x ».

Ces options sont basées sur les règles « GLOBALG.A.P General Regulation Data Access Rules »

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Seulement les données obligatoires sont diffusées au public. |
| <input type="checkbox"/> | Toutes les données relatives aux coordonnées de l'entreprise sont publiques. |

Le soussigné déclare avoir rempli le présent formulaire de demande de façon véridique.

| |
|----------------------------------|
| Nom de l'entreprise |
| Nom du représentant légal |
| Date |
| Signature |

Sur la base des informations ci-dessus, Control Union Certifications B.V. rédigera une offre de contrat sans engagement.

Control Union Certifications respecte votre vie privée et s'engage à protéger vos données personnelles. Consultez notre politique de confidentialité à l'adresse https://petersoncontrolunion.com/storage/configurations/certificationspetersoncontrolunioncom/accnakijkennl/files/general_privacy_policy.pdf?_ga=2.165877758.1395489412.1553687991-839678835.1553687991

Selon l'article 3.1.2 e) des Règles du GLOBALG.A.P. GR pour les plantes, une nouvelle application doit être effectuée avant la prochaine saison de récolte, sinon le CUC veillera à ce qu'un certificat ne puisse pas être utilisé pendant deux saisons de récolte consécutives (par exemple, raccourcir la validité du certificat).

ANNEXE GRASP

Veuillez compléter les données pour GRASP ci-dessous.

Remarque : dans le cas de l'option 2, il s'agit d'un groupe de producteurs et d'une ou de plusieurs unités centrales de manutention des produits (travailleurs centraux), pour les membres, utilisez la liste des agriculteurs (annexe)

| | | | |
|--|--|---|--|
| Haute saison(s), mois(s) | | | |
| Avez-vous eu des travailleurs au cours du dernier cycle/année de production : | <input type="checkbox"/> Avoir embauché des travailleurs (au cours de la dernière année) <input type="checkbox"/> N'importe quel travailleur embauché <input type="checkbox"/> Ferme familiale - Seuls les membres principaux de la famille travaillent à la ferme | | |
| Avez-vous des travailleurs sous un syndicat ou une association de travailleurs ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Mentionnez le(s) nom(s) de l'Union/de l'association : | |
| Certains travailleurs sont-ils couverts par la convention collective (CBA) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No | Explication: | |
| Existe-t-il un système de paiement à la pièce ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Explication: | |
| Un logement est-il prévu pour les travailleurs ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Merci de mentionner l'adresse(s) du ou des lieux : | |
| Langues parlées à la ferme | | | |
| Nationalité des travailleurs | | | |
| Nombre total d'employés (moyenne annuelle) | | | |

| Nombre total de travailleurs l'an dernier | National | | | Étranger | | |
|---|-----------|------------|---------------------|-----------|------------|---------------------|
| | Permanent | Temporaire | Agence/ Sous-traité | Permanent | Temporaire | Agence/ Sous-traité |
| Nombre de travailleurs - hommes | | | | | | |
| Nombre de travailleurs - femmes | | | | | | |
| Membres de la famille qui ont travaillé | | | | | | |
| Total | | | | | | |
| Total des travailleurs nationaux | | | | | | |
| Total des travailleurs étrangers | | | | | | |