

RENSEIGNEMENTS GENERAUX							
Nom de l'entité juridique							
Nom et Prénom du responsable							
Adresse							
Code postal / VILLE							
N° de téléphone Fixe							
N° de téléphone Portable							
N° de Fax							
Email :							
N° de Siret							
N° de TVA Intra Com.							
Coordonnées GPS (DMS)	Lat.				Long.		

Etes-vous déjà certifié GlobalG.A.P ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avec Quel Organisme Certificateur ?		
Votre N° GGN :		
Echéance de votre certificat GlobalG.A.P :		
Activité :	<input type="checkbox"/> production	<input type="checkbox"/> manutention et/ou conditionnement
Option :	<input type="checkbox"/> option 1	<input type="checkbox"/> option 2
Date souhaitée pour la réalisation du contrôle :		

Entreprise à facturer si différente (nom et adresse)	
--	--

DESCRIPTIF DE L'EXPLOITATION		
Nombre de salariés (hors membre de la famille restreinte)	PERMANENTS :	
	SAISONNIERS :	
	INTERIM ET AUTRES EXTERNALISES :	
Mois ou période de présence des salariés dans l'année		

Date de la demande et signature :	Tampon :
-----------------------------------	----------