

DECLARATION D'IDENTIFICATION

Indication Géographique Protégée concernée	
<input checked="" type="checkbox"/> MEDITERRANEE	
Mentions territoriales	
<input checked="" type="checkbox"/> Comté de Grignan	<input checked="" type="checkbox"/> Coteaux de Montélimar
<i>Cocher la case concernée</i>	

RENSEIGNEMENTS SUR L'OPERATEUR

<p>Identité de l'opérateur</p> <p>Nom et/ou Raison sociale de l'entreprise :</p> <p>.....</p> <p>N°SIRET :</p> <p>N° CVI :</p> <p>Adresse siège social :</p> <p>.....</p> <p>Tel :</p> <p>Fax :</p> <p>Email :</p> <p>Identité du Responsable :</p> <p>.....</p>	<p>Activité (s) de l'opérateur : <i>(une ou plusieurs croix)</i></p> <p><input type="checkbox"/> producteur de raisins</p> <p><input type="checkbox"/> apporteur au négoce vinificateur</p> <p><input type="checkbox"/> apporteur en cave coopérative</p> <p>si oui : nom de la cave/négociant :</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> vinificateur</p> <p><input type="checkbox"/> négociant</p> <p><input type="checkbox"/> conditionneur (BIB, cubi et bouteilles)</p> <p>Documents à joindre : FICHE CVI</p>
---	---

ENGAGEMENTS DE L'OPERATEUR

Je reconnais avoir pris connaissance du cahier des charges et du plan de contrôle de l'IGP.
Je reconnais avoir pris connaissance du document « Engagement des Opérateurs » de Certipaq et accepte les conditions posées de la norme 17065 jointe en annexe, et disponible sur le site www.igpmed.fr.

Je m'engage à :

- respecter les conditions de production fixées par le cahier des charges
- réaliser les autocontrôles et me soumettre aux contrôles prévus par le plan de contrôle ou d'inspection
- supporter les frais liés aux contrôles susmentionnés
- accepter de figurer sur la liste des opérateurs habilités
- informer l'ODG reconnu pour l'IGP concernée, de toute modification me concernant ou affectant mes outils de production ; cette information est transmise immédiatement à l'organisme de contrôle agréé.

Pour les opérateurs non adhérents de l'ODG :

me soumettre aux contrôles internes et en supporter les frais (à cocher le cas échéant)

Je certifie que les informations renseignées ci-dessus sont exactes

Fait le :

Nom et signature du responsable de l'entreprise :

Date de réception par l'ODG :

A renvoyer à la **Fédération Inter-Med**, 198 Chemin des Entrages 13 300 Salon de Provence - Tel : 04 90 55 45 56

Mail : contrôle@igpmed.fr Site : www.igpmed.fr N° de Siret : 433 105 103 00058