|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Solicitud de certificación**

**Cert-01**

**Por favor llenar la solicitud de la manera más completa posible. Esta es la base para calcular la oferta de sus servicios, por favor no deje espacios en blanco a menos que no aplique.**

|  |  |
| --- | --- |
| **A. INFORMACION GENERAL DEL SOLICITANTE** | |
| Nombre del solicitante: |  |
| Tipo de Organización: | Asociación Cooperativa  Individual  Otra: Indique |
| Cédula Física o Jurídica: |  |
| Nombre del representante legal: |  |
| Teléfono 1: |  |
| Teléfono 2: |  |
| Correo Electrónico: |  |
| Dirección: |  |
| Dirección exacta de la operación a certificar: |  |
| Contacto responsable autorizado\*: |  |
| Correo Electrónico\*\*: |  |
| ¿Es su primera certificación? | SI  NO |
| ¿El ciclo anterior estuvo certificado por Primus Auditing Ops? (**\*aplica para recertificaciones**) | SI  NO, indique el nombre de la Agencia certificadora anterior: |
| Tuvo la operación un resultado adverso o No Conformidades en el último proceso de certificación (**\*aplica para operadores provenientes de otras agencias certificadoras)** | SI (\*anexar carta de decisión, certificado, informe resumen de no conformidades y evidencia de cierre, emitido por la agencia anterior)  NO |
| Fecha de validez de la última certificación (**\*aplica para operadores provenientes de otras agencias certificadoras)** |  |
| Registro ante ARAO (\*No aplica para primera certificación ni para operadores que se van a certificar en NOP) | Número de registro:  Fecha de vencimiento: |
| \* Persona responsable y autorizada para toda la comunicación referida a su proceso de certificación.  \*\* Correo donde desea recibir toda la información referente a su proceso de certificación, incluidos los resultados. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **B. ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN** | | | |
| **B.1. MARQUE LAS NORMAS BAJO LAS CUALES SOLICITA SU CERTIFICACIÓN** | | **B.2. MARQUE EL ALCANCE BAJO EL CUAL SOLICITA SU CERTIFICACIÓN** | |
|  | Reglamento 29782 Costa Rica  7CFR 205 USDA-NOP |  | Finca (Producción Agrícola) |
|  | Empaque |
|  | Proceso |
|  | Grupo de productores |
|  | Comercialización |
|  | Exportador |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C. INFORMACIÓN GENERAL** | | | | | | |
| **FINCA O RANCHO**       **\*N/A (si no es este tipo de operación)** | | | | | | |
| Área total de la finca: | | ha | | | | |
| Ubicación Finca (s): | |  | | | | |
| Área total que desea certificar: | | ha | | | |
| ¿Hay aumento en el área desde su última solicitud? (\*Aplica para recertificación): | | Especifique (ha):  NA | | | |
| Lista de productos a certificar: | |  | | | |
| **GRUPO DE PRODUCTORES**       **\*N/A (si no es este tipo de operación)** | | | | | | |
| Nombre del grupo de Productores: | |  | | | | |
| Número total de productores a incluirse en la certificación: | |  | | | | |
| Nombre de la persona autorizada: | |  | | | | |
| Correo electrónico (s): | |  | | | | |
| Teléfono (s): | |  | | | | |
| **Lista de productores miembros del GPO** | | | | | | |
| Nombre completo | Lista de Productos | | Dirección de la finca | | Área a certificar | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
| **EMPAQUE Y PROCESAMIENTO**       **\*N/A (si no es este tipo de operación)** | | | | | | |
| Nombre de la Planta o Empaque | | | |  | | |
| Nombre de la persona autorizada | | | |  | | |
| Correo Electrónico (s) | | | |  | | |
| Teléfono(s) | | | |  | | |
| Tamaño de la instalación | | | | m2 | | |
| Dirección exacta de la instalación | | | |  | | |
| Lista de productos a certificar | | | |  | | |

| **COMERCIALIZACIÓN (APLICA A TODAS LAS OPERACIONES)** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Mercados destino del producto certificado |  | | |
| Lista de productos a certificar |  | | |
| ¿Cuenta la operación con un centro de distribución y ventas? | Sí  No | Tamaño de las instalaciones | m2 |
| Tipo de comercialización (puede marcar varias opciones) | Ventas directas al consumidor final  Ventas al por mayor  Exportación  Mercado interno  Otro, especifique: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **EXPORTADOR**       **\*N/A (si no es este tipo de operación)** | |
| Mercados destino del producto certificado |  |
| Lista de Productos a exportar |  |
| Nombre de la persona encargada de exportación |  |
| Correo electrónico de la persona encargada |  |

|  |
| --- |
| **D. SOLICITUD DE INCENTIVOS (aplica sólo en Costa Rica bajo el RN-29782-MAG)** |
| En caso de solicitar la certificación bajo Reglamento Nacional (29782) existe la posibilidad de pedir un inspector del MAG para la visita (campo y procesamiento).  SI, me interesa usar los servicios del MAG.  NO, prefiero personal de Primus Auditing Ops. |

|  |
| --- |
| **NOTA IMPORTANTE:** Al presentar esta solicitud firmada, la organización mencionada anteriormente declara su compromiso con el cumplimiento de los principios y requisitos de los estándares solicitados. |

     

Persona autorizada para

presentar esta solicitud Fecha

Firma del representante autorizado

que presenta esta solicitud

**ÁREA DEBAJO DE LA DOBLE LÍNEA ES PARA USO EXCLUSIVO DE PRIMUS AUDITING OPERATIONS DE COSTA RICA S.A**

Aprobación de la aplicación:

SI

NO, en caso negativo explicar razón

     

Nombre Fecha