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

 **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 de la organización: |       |
| Tipo de Organización: | [ ] Asociación [ ] Cooperativa [ ] Empresa [ ] Individual[ ]  Otra: Indique |
| Cédula Física o Jurídica:  |       |
| Nombre del representante legal: |       |
| Teléfono 1: |       |
| Teléfono 2: |       |
| Correo Electrónico: |       |
| Dirección: |       |
| 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, emitidos 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: |       |
| **Lista de productores miembros del GPO** |
| Nombre completo | Lista de Productos | Dirección de la finca | Área a certificar |
| 1.
 |       |        |        |
| 1.
 |       |        |        |
| 1.
 |       |        |        |
| 1.
 |       |        |        |
| 1.
 |       |        |        |
| 1.
 |       |        |        |
| 1.
 |       |        |        |
| 1.
 |       |        |        |
| 1.
 |       |        |        |
| 1.
 |       |        |        |
| **EMPAQUE Y PROCESAMIENTO**       **\*N/A (si no es este tipo de operación)**  |
| Nombre de la Planta o Empaque |       |
| Tamaño de la instalación |       m2 |
| Dirección exacta de la instalación |       |
| Lista de productos a certificar Bajo Reglamento Nacional:Bajo NOP: |            |

| **COMERCIALIZACIÓN (APLICA A TODAS LAS OPERACIONES)**  |
| --- |
| Mercados destino del producto certificado |       |
| Lista de productos a certificar Bajo Reglamento Nacional:Bajo NOP: |            |
| ¿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 exportarBajo Reglamento Nacional:Bajo NOP:  |            |

|  |
| --- |
| **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.  |

Nombre del representante autorizado Fecha

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