**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**

**Aplicacion del Programa Orgánico Nacional**

**­­­­­**

Nombre de Organización:

Tipo de Organización:

Dirección:

 (Número y Nombre de Calle / Cuidad y Estado / Código Postal/País)

# Teléfono:

Nombre de Persona Responsable para Programa de Certificación:

Dirección:

 (Número y Nombre de Calle / Cuidad y Estado / Código Postal)

Teléfono:

Correo Electrónico:

Rango de fechas de inspección preferido:

¿Necesita un Inspector que hable español/bilingüe?

**¿Ha solicitado alguna vez la certificación a través de algún otro agente o agentes certificadores orgánicos?**

En caso afirmativo, debe proporcionar lo siguiente: el nombre de todos los agentes certificadores con los que ha presentado la solicitud, la fecha de la solicitud a esos agentes certificadores y los resultados de esas aplicaciones, copias de todas las notificaciones de incumplimiento, negaciones de certificación y una descripción de las acciones correctivas tomadas, incluida la evidencia de la acción correctiva para esos incumplimientos.

**Entregar una copia del plan del sistema de cultivo o manejo orgánico de la organización.**

Además, debe de entregar cualquier información de respaldo que ayude a determinar el cumplimiento de la solicitud con los requisitos del Programa Orgánico Nacional.

Al enviar esta solicitud firmada, la organización mencionada anteriormente declara su compromiso de cumplir con los requisitos del Programa Orgánico Nacional del USDA. Esta declaración también incluye el compromiso de pagar todas y cada una de las tarifas impuestas por el Programa NOP y las tarifas y gastos incurridos por Primus Auditing Operations como el Agente Certificador en el desempeño de las actividades de inspección y certificación.

Firma Autorizada Nombre Fecha