

## DECLARATION D'IDENTIFICATION

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

### RENSEIGNEMENTS SUR L'OPERATEUR

<p><b>Identité de l'opérateur</b></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>.....</p> <p>Tel : .....</p> <p>Fax : .....</p> <p>Email : .....</p> <p>Identité du Responsable : .....</p> <p>.....</p>	<p><b>Activité (s) de l'opérateur :</b> <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</p> <p style="text-align: center;">(BIB, cubi et bouteilles)</p> <p>Documents à joindre : <b>FICHE CVI</b></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](http://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 : .....