

Formulaire de changement de statut

Instructions : Vous êtes tenu de nous aviser par écrit (en remplissant le présent formulaire) de toute modification à votre statut ou à votre exploitation.

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Nom légal de l'exploitation (*requis*) : _____

Expiration du certificat (*date requise*) : _____

Dernier audit physique (*date requise*) : _____

Répondre à toutes les questions	Renseignements supplémentaires
<p>1. Est-ce que l'entreprise a changé de nom ou de propriétaire ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI, un changement de nom. <input type="checkbox"/> OUI, un changement de propriétaire. Fournissez les détails dans la colonne droite. Nous vous contacterons si des démarches additionnelles sont nécessaires.</p>	<p>Fournissez les détails. Attachez des feuilles supplémentaires au besoin.</p>
<p>2. Vos coordonnées ont-elles changés ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI. Fournissez les détails à la page suivante.</p>	<p>Veillez mettre vos coordonnées à jour à la page suivante. Indiquez SEULEMENT les modifications.</p>
<p>3. Souhaitez-vous modifier votre option de certification? (<i>Toute modification doit être reçue par CanadaGAP au moins 15 jours ouvrables avant la date prévue d'un audit.</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> OUI. Fournissez les détails dans la colonne droite. Remarque : Les options A1, A2, E et F ne sont pas reconnues par GFSI.</p>	<p>Option actuelle (encerclez) :</p> <p style="text-align: center;">A1 A2 C D E F</p> <p>Nouvelle option (encerclez) :</p> <p style="text-align: center;">A1 A2 C D E F</p>
<p>4. Souhaitez-vous modifier votre organisme de certification ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI. Fournissez les détails dans la colonne droite et répondez à la question suivante.</p> <p>Quelle est la date de votre dernier audit à l'improviste de votre entreprise? _____ <i>(Veillez fournir la date de l'audit. Si ceci ne s'applique pas, indiquez 'jamais').</i></p> <p>Autorisez-vous CanadaGAP à transmettre une copie du certificat, rapport d'audit et rapport de mesures correctives les plus récents de votre entreprise au nouvel organisme de certification?</p>	<p>Organisme de certification actuel (encerclez) :</p> <p style="text-align: center;">BNQ NSF TSLC</p> <p>Nouvel organisme de certification (encerclez) :</p> <p style="text-align: center;">BNQ TSLC</p> <p><input type="checkbox"/> OUI. CanadaGAP peut transmettre les documents. <input type="checkbox"/> NON. Je fournirai les documents requis à mon nouvel organisme de certification.</p>
<p>5. Avez-vous changé l'endroit de votre entreprise ou ajouté des sites qui doivent être couverts par votre certification ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI. Fournissez les détails dans la colonne droite.</p>	<p>Fournissez les détails. Attachez des feuilles supplémentaires au besoin.</p>
<p>6. Souhaitez-vous ajouter ou retirer des cultures ou des activités visées par votre certification pour l'année en cours ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI. Fournissez les détails dans la colonne droite. (par ex., pas de production de carottes, emballage de concombres)</p>	<p>Fournissez les détails. Attachez des feuilles supplémentaires au besoin.</p>

SI VOS COORDONNÉES ONT CHANGÉ AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE :

- Remplissez les sections applicables ci-dessous.
- Indiquez **SEULEMENT** les modifications.

Nom de la personne responsable de l'exploitation : _____

Tél.: () _____ - _____ Cell.: () _____ - _____

Télé.: () _____ - _____ Courriel: _____

Nom du coordonnateur du programme de salubrité
des aliments (si autre que la personne ci-dessus) : _____

Tél.: () _____ - _____ Cell.: () _____ - _____

Télé.: () _____ - _____ Courriel: _____

Nom d'une autre personne-ressource, par ex., pour l'information sur l'adhésion à l'AGA de
CanAgPlus

(si elle diffère de la personne responsable ci-dessus) : _____

N°, rue : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Adresse de correspondance et de facturation (ou adresse centrale pour le groupe dans le cas
de l'option B):

N°, rue : _____

Ville/Municipalité : _____

Province: _____ Code postal : _____

OBLIGATOIRE :

Signature _____ Date _____

Date d'entrée en vigueur des modifications : _____

**Veillez retourner le présent formulaire, dûment rempli, chaque fois qu'un changement
est apporté à votre exploitation ou à votre situation bien avant votre prochain audit ou
l'expiration de votre certificat. Faites parvenir le formulaire à :**

Programme CanadaGAP
245, place Menten, bureau 312, Ottawa ON K2H 9E8
Télec. : 613-829-9379
Courriel : info@canadagap.ca

Des questions? Tél. : 613-829-4711

**Vous êtes tenu de nous aviser par écrit (en remplissant le présent formulaire) de toute
modification à votre statut ou à votre exploitation.**

Merci de votre collaboration.