

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
1. Est-ce que l'entreprise a changé de nom ou de propriétaire ? ☐ OUI, un changement de nom. ☐ OUI, un changement de propriétaire. Fournissez les détails dans la colonne droite. Nous vous contacterons si des démarches additionnelles sont nécessaires.	Fournissez les détails. Attachez des feuilles supplémentaires au besoin.
2. Vos coordonnées ont-elles changé? ☐ OUI. Fournissez les détails à la page suivante.	Veuillez mettre vos coordonnées à jour à la page suivante. Indiquez SEULEMENT les modifications.
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> ☐ OUI. Fournissez les détails dans la colonne droite. Remarque : Les options A1, A2, E et F ne sont pas reconnues par GFSI.	Option actuelle (encerclez) : A1 A2 C D E F Nouvelle option (encerclez) : A1 A2 C D E F
4. Souhaitez-vous modifier votre organisme de certification? ☐ OUI. Fournissez les détails dans la colonne droite et répondez à la question suivante. Quelle est la date de votre dernier audit à l'improviste de votre entreprise? _____ <i>(Veuillez fournir la date de l'audit. Si ceci ne s'applique pas, indiquez 'jamais').</i> 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?	Organisme de certification actuel (encerclez) : BNQ NSF TSLC Nouvel organisme de certification (encerclez) : BNQ TSLC ☐ OUI. CanadaGAP peut transmettre les documents. ☐ NON. Je fournirai les documents requis à mon nouvel organisme de certification.
5. Avez-vous changé l'endroit de votre entreprise ou ajouté des sites qui doivent être couverts par votre certification? ☐ OUI. Fournissez les détails dans la colonne droite.	Fournissez les détails. Attachez des feuilles supplémentaires au besoin.
6. Souhaitez-vous ajouter ou retirer des cultures ou des activités visées par votre certification pour l'année en cours? ☐ OUI. Fournissez les détails dans la colonne droite. (par ex., pas de production de carottes, emballage de concombres)	Fournissez les détails. Attachez des feuilles supplémentaires au besoin.

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.: () _____ - _____

Télec.: () _____ - _____

Courriel: _____

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

Tél.: () _____ - _____

Cell.: () _____ - _____

Télec.: () _____ - _____

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) : _____

Nº, rue : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

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

Nº, rue : _____

Ville/Municipalité : _____

Province: _____ Code postal : _____

Le programme distribue les communications générales et la facturation par courriel. Si vous souhaitez recevoir les communications susmentionnées uniquement par la poste, veuillez cocher la boîte ci-dessous.

☐ recevoir les communications uniquement par la poste

OBLIGATOIRE :

Signature _____ Date _____

Date d'entrée en vigueur des modifications : _____

Veuillez 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.*