|  |  |
| --- | --- |
|   | **PREFETE DE LA REGION CENTRE - VAL DE LOIRE**Direction Régionale de l’Alimentation l’Agriculture et de la Forêt du Centre - Service Régional de l’AlimentationCité Administrative Coligny - 131 rue du faubourg Bannier - 45042 ORLEANS Cedex 1Tél : 02 38 77 41 13 – 02 38 77 41 11Site internet : <http://draaf.centre-val-de-loire.agriculture.gouv.fr/Certificat-phytosanitaire-a-l> |
| **FORMULAIRE DE DEMANDE DE CERTIFICAT PHYTOSANITAIRE A L’EXPORTATION VEGETAUX - PRODUITS VEGETAUX - BOIS D’EMBALLAGE***Arrêté du 24 mai 2006 relatif aux exigences sanitaires des végétaux, produits végétaux et autres objets* |

|  |
| --- |
| ***A envoyer par mail à l’adresse* *suivante* :** ***export.draaf-centre-val-de-loire@agriculture.gouv.fr*****L’objet du mail devra impérativement se présenter comme suit** :EXPORT / NOM EXPORTATEUR / PAYS DESTINATAIRE et éventuellement NUMERO DE DOSSIER (interne à l’entreprise)**Seules ces demandes seront prises en compte**Demande complète à transmettre**au moins 48 h avant le départ de la marchandise** de la région Centre-Val de Loire |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pièces jointes à fournir avec le formulaire de demande** | * Trame du certificat phytosanitaire générée VIA TRACES NT (**PDF- obtenu en cliquant sur « Apercu PDF »**)
* Traçabilité (origine des produits, n° de lots)
* Attestation de traitement, permis d’importation, analyse de pureté **SELON LES CAS**
 |

**PREVOIR UNE ENVELOPPE TIMBREE (suffisamment affranchie) POUR L’ENVOI DE L’ORIGINAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et coordonnées de l’établissement demandeur |  |
| N° d’enregistrement (registre phytosanitaire PP ou INUPP)  |  |
| Référence IMSOC (cartouche 2.a de la demande TRACES NT) **(champs obligatoire)** |  |
| N° de SIRET  |  |
| N° de téléphone  |  |
| **Courriel** |  |
| Site de stockage de la marchandise **(Nom et adresse)** |  |
| Date d’expédition prévue **(départ du lieu stockage en région Centre-Val de Loire)** |  |
| **Certificat Phytosanitaire Valable 14 jours (sauf exception pour certains pays)** |
| Pays destinataire  | Permis d’importation |  | 🞎 OUI**Joindre le permis** | 🞎 NON |
| Code douanier de la marchandise |  |
| Déclaration supplémentaire (si nécessaire)**(champs obligatoire si présence)****OU JOINDRE un document WORD en annexe** |  |
| Observations (VOTRE n° de dossier..) |  |

**INFORMATION** **COMPLEMENTAIRES CONCERNANT LES PROFESSIONNELS DU BOIS**

**(PREAVIS GRUMES / BOIS SCIE)**

|  |  |
| --- | --- |
| Coordonnées de l’entreprise qui réalise le traitement |  |
| Date du traitement |  |
| Coordonnées du destinataire du CERTIFICAT PHYTOSANITAIRE(si différent de l’entreprise figurant dans le cadre 1) |  |
|  Quantité envoyée (nb de colis/conteneurs/poids) |  |
|  |  |
|  **Date :** | **Signature :** |