DEMANDE DE CERTIFICAT PHYTOSANITAIRE A L’EXPORTATION

**VEGETAUX - PRODUITS VEGETAUX- BOIS D’EMBALLAGE**

Article 30 de l’Arrêté du 24 mai 2006 modifié relatif aux exigences sanitaires des végétaux, produits végétaux et autres objets

### Pour l’ensemble des demandes de certificat phytosanitaire de Bourgogne Franche Comté :

### A adresser, par courriel ou par télécopie, 48h avant le départ de la marchandise

**1 certificat**

**= 1 demande**

courriel : export-sral.draaf-bourgogne-franche-comte@agriculture.gouv.fr

**Cadre réservé au demandeur :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Demande définitive**  **Pré-demande n° de la demande (Vos réf.) :** | | | | |
| Nom et coordonnées de l’établissement exportateur (Pr entreprises étrangères contact en France obligatoire) | |  | | |
| Contact (nom, prénom) : | | | | |
| N° télécopie/ N° de téléphone : | | | Courriel : | |
| Coordonnées complètes du destinataire |  | | | |
| Pays destinataire |  | | | |
| Moyen de transport | Point d'entrée du pays destinataire | | | Date d’embarquement |
|  |  | | |  |
| Catégories de produit (bois d’emballage, bois scié, fruits, semences, plants,…) **en français** |  | | | |
| **Description de la marchandise** - (Ci jointe en annexe, cochez la case :  ) | | | | |
| **Nom botanique** | **Description** | | | |
| (si emballage bois, précisez la nature du bois) |  | | | |
| **Quantité déclarée** (précisez le poids en T et autre unité de mesure : m3 ou unité) |  | | | |
| **Lieux de visite** de la marchandise et **date(s) de préparation** (Nom et coordonnées complètes, tél.)  Coordonnées GPS si hors agglomération |  | | | |
| **Date prévue de départ de la région** |  | | | |
| **Documents complémentaires à joindre**,si nécessaire:Permis d'importation, ou ATI (N° et date de validité), attestation de traitement, analyse,… |  | | | |
|  |  | | | |
| Dépôt du certificat phytosanitaire | Envoyé au demandeur par courrier postal : Envoyé à une autre adresse par courrier postal :  Autre (précisez) | | | |
| Facturation | Exportateur Autre (précisez) | | | |
| **Date :** **Signature :**(obligatoire) | | | | |

**Cadre réservé à l’administration :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Contrôle de la marchandise avant expédition | | Oui  Non  Date et heure de la visite : |
| N° phytopass II du(des) certificat(s) | |  |
| N° de série du(des) certificat(s) | |  |
| Date d’envoi du(des) certificat(s) phytosanitaire(s) | |  |
| **Conclusions :** | En attente : volume définitif – attestation de traitement C/T – autre :  Demande conforme  Demande non conforme. Raisons : | |

Date : Agent responsable : Signature :