☐ **Nouvel opérateur**
☐ **Modification opérateur connu**

Document à transmettre à :

Syndicat des Vins IGP Val de Loire - ODG
6 rue du Maine – 49100 ANGERS
Tél : 02 41 87 25 81
Email : contact@igpvaldeloire.fr

DECLARATION D'IDENTIFICATION

Nom de l'IGP ou des IGP :

☐ **IGP Val de Loire**
☐ IGP Côtes de la Charité
☐ IGP Coteaux du Cher et de l'Arnon
☐ IGP Coteaux de Tannay

RENSEIGNEMENTS SUR L'OPERATEUR

Identité de l'opérateur

Nom et/ou Raison sociale de l'entreprise :

N°SIRET

N° CVI :

Adresse siège social :

Tél fixe et portable :

Email siège social :

Nom, prénom du (des) responsable(s) de l'entreprise :

Statut de l'opérateur *(une seule croix)* **:**

☐ **Récoltant (DR)**

☐ **Cave coopérative (SV11)**

☐ **Négociant (SV12)**

Activité (s) de l'opérateur *(une ou plusieurs croix)* **:**

☐ **Producteur de raisins**
- ☐ apporteur au négoce vinificateur
- ☐ apporteur en cave coopérative
  si oui : nom de la structure :

☐ **Vinificateur**

☐ **Conditionneur**
(BIB, cubi et bouteilles)

Document à joindre impérativement :

Fiche CVI (relevé parcellaire complet)

ENGAGEMENTS DE L'OPERATEUR (membre et non-membre de l'ODG)

Je reconnais avoir pris connaissance du cahier des charges et du plan de contrôle de l'IGP
Je m'engage à :
* respecter les conditions de production fixées par le cahier des charges et à fournir les documents déclaratifs définis
* réaliser les autocontrôles et me soumettre aux contrôles internes et externes prévus par le plan 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 ***(conditionneur et/ou négociant NON vinificateur)*** :
☐ me soumettre aux contrôles internes réalisés sous la responsabilité de l'ODG et en supporter les frais
OU
☐ me soumettre aux contrôles externes réalisés sous la responsabilité de l'organisme de contrôle et en supporter les frais (sous contrat client)

Je certifie que les informations renseignées ci-dessus sont exactes.
Fait le :

Nom du (des) responsable(s) de l'entreprise :
Signature du (des) responsable(s) de l'entreprise :