

**WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE CERTYFIKACJI PRODUKTU**

**TRADYCYJNEGO LUB REGIONALNEGO**

W ZAKRESIE:

[ ]  chronione oznaczenie geograficzne (zgodnie z Rozporządzeniem 510/2006 z dn. 20.03.2006).

[ ]  chroniona nazwa pochodzenia; (zgodnie z Rozporządzeniem 510/2006 z dn. 20.03.2006).

[ ]  gwarantowana tradycyjna specjalność (zgodnie z Rozporządzeniem 509/2006 z dn. 20.03.2006).

|  |
| --- |
| **Wnioskodawca:** |
| **Nazwa** |       | **Przedstawiciel wnioskodawcy** |       |
| **Adres** |       | **Telefon** |       |
| **Gmina** |       | **Fax** |       |
| **Kod i poczta** |       | **E-mail** |       |
| **Województwo** |       |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Informacje o wnioskodawcy:** |
| **Zgłoszenie:**  | [ ]  pierwszy raz; [ ]  kolejne zgłoszenie; |
| **Wnioskodawca:** | [ ]  jest członkiem grupy składającym wniosek o  rejestracje; | [ ]  nie jest członkiem grupy składającym wniosek o rejestracje; |
| **Wnioskodawca:** | [ ]  zna specyfikacje; [ ]  zna i stosuje sie do specyfikacji; [ ]  zna i nie stosuje się do specyfikacji |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| ***NIP*** |   |   |   | *-* |   |   | *-* |   |   | *-* |   |   |   | ***REGON***  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|  |
| ***KRS, a w przypadku jednoosobowej działalności gospodarczej PESEL*** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ***Numer ARiMR***  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **Nazwa produktu:** |
| **Produkt 1.**  |       | **Produkt 6.**  |       |
| **Produkt 2.** |       | **Produkt 7.** |       |
| **Produkt 3.** |       | **Produkt 8.** |       |
| **Produkt 4.** |       | **Produkt 9.** |       |
| **Produkt 5.** |       | **Produkt 10.** |       |
|  |  |  |  |

Wypełnienie niniejszego wniosku ma na celu uzyskanie wstępnej informacji dotyczącej Wnioskodawcy i jego możliwości dotyczących zapewnienia jakości. Dokument ten jest używany przez personel jednostki certyfikującej w czasie kontroli
u Wnioskodawcy. Do kwestionariusza mogą być dołączone na oddzielnych stronach wszelkie inne dodatkowe informacje
i ustalenia. Stwierdzenia powinny dotyczyć możliwości Wnioskodawcy w dniu wypełnienia formularza. Certyfikat zostanie wydany po podpisaniu umowy o **warunkach stosowania certyfikatu(ów) i zasadach nadzoru**.

Wniosek należy złożyć lub przesłać wraz z załącznikami do BC COBICO. Informacje w zakresie kompletacji dokumentów, badań, przepisów prawnych i innych informacji udzielają pracownicy BC COBICO **tel. (012) 632-35-71** i są również dostępne na naszej stronie internetowej: **www.cobico.pl**

W oparciu o cennik opłat BC COBICO oświadczam, że opłata za prace związane z przeprowadzonym procesem certyfikacji od Wnioskodawcy zostanie uiszczona na konto COBICO sp. z o.o. ( Konto: BPH IV O/Kraków nr 76 1060 0076 0000 3200 0072 6352).

1. Zobowiązuję się do przestrzegania wymagań zawartych w obowiązujących przepisach prawnych związanych z zakresem certyfikacji oraz specyfikacji certyfikowanego produktu, a w razie ich udokumentowanego naruszenia – do podporządkowania się nałożonym sankcjom.
2. W trakcie kontroli zobowiązuję się do udostępnienia wszystkich części zakładu oraz prowadzonej dokumentacji, w tym zapisów dotyczących zakupu środków produkcji i rejestru zbytu, jak również do udzielenia wszelkiej pomocy w przeprowadzeniu inspekcji.
3. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie odpłatnych, nieodpłatnych, doraźnych, zapowiedzianych, niezapowiedzianych kontroli oraz pobór próbek do badań na zgodność prowadzonej produkcji ze specyfikacją przez BC COBICO.
4. BC jest odpowiedzialne za zachowanie poufności przez osoby działające w jego imieniu odnośnie informacji, z jakimi zapoznały się w związku z realizacją procesu certyfikacji.

**ZAŁĄCZNIKI**

|  |  |
| --- | --- |
| Zaświadczenie rejestracji produktu przez grupę na poziomie UE | [ ]  |
| Specyfikacja certyfikowanego produktu | [ ]  |
| Kopia KRS, NIP, REGON | [ ]  |
| Certyfikaty (np. HACCP, ISO 9001) jeśli posiada | [ ]  |

Wszystkie załączane kopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem.

 **DATA:      .....**.**.................. PODPIS: ...............................**

##### POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA WNIOSKU ( WYPEŁNIA BC COBICO )

Numer rejestracyjny ...................................... Data rejestracji ......................................

Podpis przyjmującego ...................................... Uwagi ......................................

Konieczność poboru próbek: [ ]  TAK [ ]  NIE