

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES SERVICES VÉTÉRINAIRES DE PARIS

DEMANDE D'AGRÉMENT

Pour un établissement mettant sur le marché des produits d'origine animale ou des denrées contenant des produits d'origine animale

Article L 233-2 du code rural
Arrêté du 08 juin 2006

À renvoyer à l'adresse suivante :

Direction départementale des services vétérinaires de Paris
20 rue de Bellevue 75927 PARIS cedex 19**I. IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT****1) Exploitant de l'établissement**

Nom :

Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | |

Prénom :

Télécopie : | | | | | | | | | | | | | | | |

Fonction dans l'établissement :

Adresse électronique :

2) Coordonnées de l'établissement

NOM (Raison Sociale) :

Adresse de l'établissement :

ENSEIGNE (Nom commercial) :

Code postal : Commune :

Statut juridique :

Adresse de courrier (si différente de l'adresse de l'établissement) :

Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | |

Télécopie : | | | | | | | | | | | | | | | |

Date d'ouverture de l'établissement : | | | | | | | | | | | | | | | |

Code postal : Commune :

Code APE/NAF : | | | | | | | | | | | | | | | |

SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SIREN : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° d'immatriculation du navire :

Adresse du siège social (si différente de l'adresse de l'établissement) :

Code postal : Commune :

II. – DEMANDE D'AGRÉMENT :

Je soussigné(e) responsable de l'établissement ci-dessus sollicite l'agrément pour les catégories de produits et les activités décrites dans le dossier ci-joint. Je m'engage à mettre en place un plan de maîtrise sanitaire, tel que défini en annexe 2 de l'arrêté du 8 juin 2006 relatif à l'agrément ou à l'autorisation des établissements mettant sur le marché des produits d'origine animale ou des denrées contenant des produits d'origine animale.

Je joins à ma demande les pièces du dossier définies à l'article 3 de l'arrêté du 8 juin 2006.

SIGNATURE DU DÉCLARANT

Le | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom - Prénom du signataire :

Cachet de l'établissement

Signature

RÉCEPISSÉ DE DEMANDE D'AGRÉMENT**(ne valent pas agrément)**
(cadre réservé à l'administration)

Déclaration reçue le | | | | | | | | | | | | | | | |

N° d'identification unique : | | | | | | | | | | | | | | | |

L'agrément sera notifié par courrier séparé si l'inspection du dossier et de l'établissement se révèlent satisfaisantes

III. – CESSATION D'ACTIVITÉ :

Date de cessation d'activité : Nom - Prénom :

Fonction dans l'établissement :

Date et signature :

Ce document doit être conservé et présenté à toutes les réquisitions des agents des services de contrôle officiels