

Annexe 1 - Demande de participation au Programme de conformité des établissements approuvés à l'égard de l'agrile du frêne

PARTIE A – RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR OU LE TITULAIRE DU PERMIS

Nom et adresse de l'établissement :		
Adresse de l'adresse destinataire :		
Nom de la personne-ressource/Responsable de la certification :		
Téléphone(s) :	Courriel :	Fax :
Sources prévues (comtés, États et provinces d'où peut provenir le bois de frêne) :		

PARTIE B – CONSENTEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

L'établissement doit permettre que son nom soit inclus sur la liste publique des établissements approuvés dans le cadre du PCEAAF qui sera affichée sur le site Web de l'ACIA.

Signature : _____

PARTIE C – DÉCLARATION

Je, _____ propriétaire/mandataire autorisé de l'établissement susmentionné, déclare avoir lu et compris toutes les conditions et obligations, énoncées dans la présente, et accepte de respecter les exigences du Programme de conformité des établissements approuvés à l'égard de l'agrile du frêne.	
En outre, j'ai et j'aurai la responsabilité d'exonérer et d'indemniser, à mes propres frais, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, ses héritiers, successeurs et ayants droits ainsi que l'Agence canadienne d'inspection des aliments, ses employés ou mandataires contre tous dommages, réclamations, demandes, pertes, coûts, y compris les frais avocats-clients, dépenses, actions, poursuites ou autres procédures, intentés par quiconque, par défaut, par inadvertance ou autrement, de respecter intégralement lesdites conditions et obligations.	
Nom et titre du responsable de la certification :	
Signature :	Date :

PARTIE C – APPROBATION [À REMPLIR PAR L'ACIA]

Approuvé en tant que :	<input type="checkbox"/> Scierie	<input type="checkbox"/> Producteur de bois de chauffage (au Canada seulement)
	<input type="checkbox"/> Établissement d'élimination	<input type="checkbox"/> Autre :
Commentaires :		
Noms des auditeurs :		
Approbation du Manuel qualité		
Signatures :	Date :	
Approbation de l'audit d'évaluation		
Signatures :	Date :	
Approbation finale		
Nom de l'ARP de l'ACIA (responsable du PCEAAF) :		
Signature :	Date :	
Nom du Spécialiste de programme du Centre opérationnel de l'ACIA (responsable du PCEAAF) :		
Signature :	Date :	
Numéro d'enregistrement du PCEAAF :		