**ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ή ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΔΙΑΚΙΝΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΞΑΓΩΓΗ ΣΕ ΤΡΙΤΗ ΧΩΡΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΦΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ**

*Όλα τα παρακάτω στοιχεία πρέπει να συμπληρώνονται στην Αγγλική*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ: |  | **ΠΡΟΣ: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ****Δ/ΝΣΗ ΑΓΡΟΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ Π.Ε. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**Ν. ΠΛΑΣΤΗΡΑ 100, Τ.Κ. 71201 ΗΡΑΚΛΕΙΟΤΗΛ.: 2813407914 /921 E-mail: daa-her@crete.gov.gr (**μόνο** αίτηση)esapalidou@crete.gov.gr (αίτηση + δικαιολογητικά)dkapantaidaki@crete.gov.gr ( -//- ) |
| Δ/ΝΣΗ EΔΡΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ: |  |
| Α.Φ.Μ. ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ: |  | ΤΗΛ. ΣΤΑΘ:  |  |
| Εmail: |  | ΤΗΛ. ΚΙΝ: |  |
| **ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ**: |  |  |

|  |
| --- |
| Παρακαλώ όπως προβείτε στον απαραίτητο έλεγχο ταυτοποίησης του προς εξαγωγή φορτίου με τα παρακάτω περιγραφόμενα |
| είδη, προκειμένου να εκδώσετε Πιστοποιητικό Υγείας |  | ή/και Ελεύθερης Διακίνησης). |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **Ονομασία Προϊόντος / Name Of Product** | **Όνομα Παρασκευαστή παραγωγού και Έδρα** (σε περίπτωση που είναι άλλος από τον εξαγωγέα)  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*(****προσθέστε*** *γραμμές για περισσότερα προϊόντα)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Χώρα προορισμού:  |  | Ονομ/μο & Δ/νση παραλήπτη: |  |
| Μέσο μεταφοράς:  |  | Διακριτικά Στοιχεία: |  |
| Ημερ/νία αποστολής του φορτίου: |  | Τόπος Εκτελωνισμού: |  |

**Συνημμένα υποβάλλω ή θα υποβάλλω σε άμεσο χρόνο** (σημειώστε **Χ**)**:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Προφόρμα τιμολογίου ή τιμολόγιο πώλησης**.  |
|  | **Τιμολόγιο αγοράς** του προϊόντος (περίπτωση που ο παρασκευαστής – παραγωγός είναι άλλος από τον εξαγωγέα). |
|  | **Φωτογραφίες** των προϊόντων στις οποίες να είναι ευκρινείς οι ενδείξεις του συνόλου των ετικετών - αναγραφών που φέρουν.  |
|  | **Packing list** με τα ακόλουθα στοιχεία ανά κωδικό προϊόντος:  |
|  |  | * Ονομασία προϊόντος,
 |  | * Καθαρό βάρος kg,
 |
|  |  | * Αριθμός Παρτίδας / Lot number,
 |  | * Μικτό βάρος kg ,
 |
|  |  | * Αριθμός κιβωτίων,
 |  | * Τύπος συσκευασίας.
 |
|  |  | * Τεμάχια ανά συσκευασία,
 |  |  |

|  |
| --- |
| **Ο/Η ΑΙΤ……….** |
| **Υπογραφή - Σφραγίδα** |

|  |  |
| --- | --- |
| Ημερομηνία  |  / / |