Coopazur Provence

Professionnels par nature...

A retourner

Par mail :
relationadherents@coopazur.fr

ADIVALOR

# ① - ATTESTATION DE REMISE DE PRODUITS PHYTOSANITAIRES NON UTILISABLES

## Exemplaire EXPLOITANT

**PRE-INSCRIPTION**
*Cachet distributeur*

*Date et signature :*

**PARTIE A REMPLIR PAR L'EXPLOITANT**

| Raison sociale de l'exploitation : | Nom et Prénom du responsable : | Code client : |
|---|---|---|
| Adresse : | | |
| Code postal : | Commune : | |
| Tél. | Fax : | |
| e-mail : | ☐ Actif ☐ Retraité | ☐ Agricole ☐ Non Agricole |

| Nom commercial complet | Société | Pourquoi rapportez-vous ce produit ? | | | Poids estimé (kg) | Poids* (kg) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Produit interdit | Emploi impossible : arrêt culture, fond de bidon | Produit en mauvais état : Périmé, gelé,... | | Produit AVEC picto sur l'étiquette | Produit SANS picto sur l'étiquette |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | TOTAL | | | |

Atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus et demande à mon distributeur de me prévenir lorsqu'il sera en mesure de prendre en charge les produits listés ci-dessus pour en faire assurer une élimination réglementaire dans la filière ADIVALOR.
A pris connaissance des conditions générales décrites au dos du formulaire.
**SIGNATURE :**

* le plus précis possible, éventuellement par pesée

| RAISON SOCIALE : | CODE POSTAL ET COMMUNE: |
|---|---|
| Atteste que l'exploitant mentionné ci-dessus nous a apporté les déchets désignés ci-dessus et ce, conformément aux critères d'acceptation définis par ADIVALOR, pour les faire éliminer dans le cadre de procédures conformes à la réglementation en vigueur.<br>**DATE :** | **CACHET DU DISTRIBUTEUR ET SIGNATURE :** |

**PARTIE A REMPLIR PAR LE DISTRIBUTEUR AU MOMENT DE LA COLLECTE**

**Ce document doit être conservé, il peut vous être demandé en cas de contrôle**