**Formulaire de demande d’une phytolicence**

|  |  |
| --- | --- |
|  Veuillez envoyer le formulaire complété à: | SPF Santé publiqueDG Animaux, Végétaux et AlimentationService Produits phytopharmaceutiques et EngraisPhytolicencePlace Victor Horta 40 boîte 101060 Bruxelles |

1. **DONNÉES PERSONNELLES**

|  |
| --- |
| Nom : ……………………………………………………………………………………………………………………..Prénom : ……………………………………………. Date de naissance : □□/□□/□□□□Langue de contact :  NL /  FR Numéro de téléphone : …………………………………Adresse e-mail : ……………………………………………………………………………………………….  *(Si vous indiquez une adresse e-mail, vous recevrez toutes les communications* ***par e-mail****.)*Êtes-vous belge (ou résidez-vous officiellement en Belgique) ? Oui → Numéro de registre national1 : □□.□□.□□-□□□.□□ *(Le numéro de registre national se trouve au dos de votre carte d’identité.**Il contient 11 chiffres dont les 6 premiers correspondent à la date de naissance.)* Non → Sexe :  Homme /  Femme Nationalité : ……..........................................  Adresse Rue : ………………………………………………… Numéro/Boîte : ……… Code postal : ……………… Commune : …………………………………... Pays : …………………..............................................................................  |

1. **FORMATION ET TYPE DE LICENCE SOUHAITEE**

|  |
| --- |
| **Veuillez indiquer votre choix*** Je souhaite obtenir une **phytolicence** sur base d’un diplôme, d’un certificat, d’une attestation ou d’une licence étrangère valable. Consultez **[www.fytolicentie.be](http://www.fytolicentie.be)** pour retrouver la liste complète des documents valables.

***OBLIGATOIRE: ajoutez une copie de votre diplôme, certificat, attestation ou licence étrangère !*** * Je dispose d’une **phytolicence expirée** et j’ai participé au nombre requis de formations continues pour pouvoir obtenir une nouvelle phytolicence.

*ATTENTION! Vous devez d’abord participer à un certain nombre d'activités de formation, mais vous ne devez pas nous fournir d'informations sur les formations suivies.***Phytolicence demandée (indiquez votre choix)** |
| * P1 - Assistant usage professionnel
* P2 - Usage professionnel
* P3 - Distribution/Conseil **(\*)**
 | * NP - Distribution/Conseil de produits à usage non-professionnel **(\*)**
* PS - Usage professionnel spécifique
 |
| **(\*) Pour une phytolicence NP ou P3, une rétribution de 220 EUR doit être payée. Vous recevrez une facture comme validation de votre demande. La phytolicence sera délivrée après paiement de la facture. Les conseillers non-commerciaux d’institutions approuvées par le Comité d’Agréation (par ex. certains centres d’essais, établissements publics) peuvent obtenir une exemption du paiement. Dans ce cas, une déclaration de conseiller non-commercial doit être jointe à la demande. Ce formulaire se trouve sur [www.phytolicence.be](http://www.phytolicence.be)**  **→ “[Demandez votre phytolicence](https://fytoweb.be/fr/phytolicence/demandez-votre-phytolicence)”**. |

1. **ACTIVITÉ(S) PROFESSIONNELLE(S)**

Indiquez toutes les activités professionnelles que vous exercez dans le cadre de votre phytolicence. Renseignez-les pour chaque unité d’établissement, ainsi que la catégorie principale de ces activités.

|  |
| --- |
|  Numéro d’entreprise 2 Numéro d’unité d’établissement 2 (p.ex. 0367.303.762)  (p.ex. 2.152.599.947) □□□□.□□□.□□□ □.□□□.□□□.□□□ **Attention** 3. Uniquement si l'unité d’établissement ne dispose pas d'un numéro d'entreprise et d’unité d'établissement, complétez l’adresse : Nom d’entreprise : ………………………………………………………………………......Adresse Rue : ……………………………………………………………………. Numéro/Boîte : ……………… Code postal : …………………. Commune : ……………………….. Pays : ………………….......Catégorie principale de votre activité professionnelle (cochez au moins 1 activité) : |
| * Agriculture
* Entrepreneurs de pulvérisation
* Service espaces verts/environnement (secteur public)
* Vente
* Vente (uniquement des produits à usage non professionnel)
 | * Horticulture
* Entreprises de jardins (implantation et entretien)
* Conseil
* Conseil (uniquement des produits à usage non professionnel)
 |

Si vous exercez des activités professionnelles pour plus d’un établissement, veuillez copier le cadre ci-dessus et compléter les données nécessaires.

1. **SIGNATURE DU DEMANDEUR**

|  |
| --- |
| Date : □□/□□/□□□□Certifié complet et sincère,Signature : |