



FORMULÁRIO DE CANDIDATURA PARA O RECONHECIMENTO DE CENTROS IPP

ENTIDADE CANDIDATA

Denominação:

Sigla:

NIF:

ca:

Endereço:



Código Postal: -

Telefone:

Fax:

E-mail:

Web:

Elemento de ligação:

Cargo/Função:

Telefone:

E-mail:

Responsável Técnico:

Cargo/Função:

Telefone:

E-mail:



<b>DECLARAÇÃO:</b>		
<p>Declaro estar autorizado a submeter esta candidatura ao Reconhecimento como Centro de Inspeção dos Equipamentos de Aplicação de Produtos Fitofarmacêuticos (Centro IPP) em nome da Entidade Candidata e que todo o conteúdo corresponde integralmente à verdade. Declaro ainda conhecer e aceitar os Requisitos e Procedimentos para o Reconhecimento dos Centros IPP, constantes do Guia aprovado pela DGADR.</p>		
Nome:	Cargo/função:	Assinatura validada (selo ou carimbo da entidade legal)
Nº de Registo:	Data de Rec	Assinatura:

