

**ORGANISME DE DEFENSE ET DE GESTION**

Syndicat de Producteur - Vins des Alpes du Nord  
 40 rue du Terraillet - 73190 SAINT BALDOPH  
 Tél: 04 79 33 17 36 / Fax: 04 79 60 49 10  
 Mail: emmanuel.michaud@fdsea73.fr

**ORGANISME D'INSPECTION**

## OPERATEUR « VINIFICATEUR » DECLARATION DE REVENDICATION (VIN APTE AU CONTROLE)

### INDICATION GEOGRAPHIQUE PROTEGEE (Préciser votre IGP et Unité Géographique)

IGP	UNITE GEOGRAPHIQUE
<input type="checkbox"/> VIN DES ALLOBROGES	
<input type="checkbox"/> COTEAUX DE L'AIN	<input type="checkbox"/> Pays de Gex <input type="checkbox"/> Revermont <input type="checkbox"/> Val de Saône <input type="checkbox"/> Valromey
<input type="checkbox"/> ISERE	<input type="checkbox"/> Balmes Dauphinoises <input type="checkbox"/> Coteaux du Grésivaudan

Préciser

- Déclaration de revendication **PARTIELLE**
- Déclaration de revendication **TOTALE** (*Intégralité de la production de l'opérateur*)

IDENTITE DE L'OPERATEUR (NOM OU RAISON SOCIALE): .....

ADRESSE: .....

CP: ..... COMMUNE: .....

TEL: ..... MOB: ..... FAX: ..... MAIL: .....

ADRESSE DE L'ENTREPOT (SI DIFFERENTE) : .....

N° CVI	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	N° SIRET	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
--------	---	----------	---

Identification des lots				Couleur 1=rouge 2=rosé 3=blanc	Volume (HI)	Destiné à la vente en vrac (cocher la case)	Si vente en vrac, opérateur destinataire du lot	Destiné au conditionnement par l'opérateur (cocher la case)	Date de transaction ou conditionnement prévue
N° de lot	N° de cuve	Millésime	Cépage						
						<input type="checkbox"/> Vrac France <input type="checkbox"/> Vrac Export		<input type="checkbox"/>	...../...../.....
						<input type="checkbox"/> Vrac France <input type="checkbox"/> Vrac Export		<input type="checkbox"/>	...../...../.....
						<input type="checkbox"/> Vrac France <input type="checkbox"/> Vrac Export		<input type="checkbox"/>	...../...../.....
						<input type="checkbox"/> Vrac France <input type="checkbox"/> Vrac Export		<input type="checkbox"/>	...../...../.....

L'Opérateur atteste de l'exactitude des renseignements reportés sur la présente déclaration.

**CADRE RESERVE AU CONTROLE** O.C. /  O.I. /  O.D.G.

Date de réception: ...../...../.....

Référence si contrôle antérieur: .....

Référence suivi contrôle: .....

**DATE DECLENCHEMENT CONTROLE**

- INTERNE : .....

- EXTERNE : .....

**Date de dépôt de la déclaration:**

...../...../.....

Signature de l'Opérateur: