**MODELO DE CONTRATO-ACTA DE TRABAJO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TRATAMIENTO CON PRODUCTOS FITOSANITARIOS**

**(Conforme al Art. 41.2.c) de la Ley 43/2002 de Sanidad Vegetal)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. DATOS DE LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO** | | |
| Nombre o Razón Social: | | |
| NIF: | Código de Registro Oficial de Productores y Operadores de medios de defensa fitosanitarios (ROPO): | |
| Domicilio: | | |
| Teléfonos: | | Fax: |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. DATOS DEL CLIENTE** | |
| Nombre o Razón Social: | |
| NIF: | Teléfonos: |
| Domicilio: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. DATOS DEL OBJETO DE TRATAMIENTO (Parcela agrícola, almacén, parque, jardín, zona industrial…)** | |
| Identificación catastral del objeto: | Superficie/Longitud tratada: |
| Actividad que presenta el objeto (Cultivo agrícola, jardinería exterior, almacén grano, etc.): | |
| Agente a combatir: | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. INFORMACIÓN DE LA APLICACIÓN** | | | | | |
| **Fecha**: | | | | | |
| **Persona responsable del tratamiento:** | | | **Persona aplicadora:** | | |
| Nombre: | | | Nombre: | | |
| Cualificación: | | | Cualificación: | | |
| Nº ROPO: | | | Nº ROPO: | | |
| **Equipo utilizado para el tratamiento:** | | | | | |
| Nº ROMA: | | | Fecha última inspección ITEAF: | | |
| **Producto/s fitosanitario/s:** | | | | | |
| Nombre comercial | Nº registro | Formulado | | Dosis | Plazo seguridad |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| Medidas de precaución para el cliente: | | | | | |

La empresa se compromete a señalizar las zonas tratadas. El cliente da su conformidad al tratamiento y a cumplir las condiciones e instrucciones expuestas anteriormente. En caso de accidente consultar a información toxicológica 915620420 o SOS Navarra 112.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del aplicador/a | Firma del responsable | Firma del cliente |