

ICEA	M. RC NOP 03	TARIFFARIO ANNUALE PER IL CONTROLLO E LA CERTIFICAZIONE DELLE DITTE ESPORTATRICI NEGLI USA SULLA BASE DEI REQUISITI NOP	Ed.01 Rev.04 del 04.05.15.
------	-----------------	---	----------------------------

**TARIFFARIO ANNUALE PER IL CONTROLLO E LA CERTIFICAZIONE DELLE DITTE ESPORTATRICI NEGLI USA SULLA BASE DEI REQUISITI NOP**

Tariffa annuale per licenziatario NOP basata su numero giornata/uomo 1 giornata/uomo (compreso il costo di gestione amministrativa e del processo di certificazione)	€ 380,00
Verifiche ispettive in loco finalizzate esclusivamente alla NOP (comprese visite di pre-valutazione)	€ 100,00
Tariffa aggiuntiva per riaggiornamento file	€ 140,00
Tariffa per l'esame del fascicolo ai fini del controllo e certificazione NOP in base all'accordo di equivalenza US-Canada. 1 giornata/uomo	€ 380,00
Verifiche ispettive in loco finalizzate esclusivamente al controllo e certificazione NOP in base all'accordo di equivalenza US-Canada. 1 giornata/uomo	€ 380,00

*Note:*

- **gli importi sopra citati sono da considerarsi IVA esclusa**
- **il costo della visita ispettiva, una volta effettuata, va comunque sostenuto anche in caso d'interruzione della procedura per l'ottenimento della certificazione**
- **il numero di giornate/uomo in loco necessarie sarà comunicato all'atto della ricezione della richiesta di certificazione e dei documenti allegati (questionario informativo, piano di gestione ecc..)**
- **questo tariffario rimarrà valido anche negli anni a seguire, a meno di cambiamenti preventivamente comunicati da ICEA, se non perverrà comunicazione ufficiale di recesso ad ICEA nazionale**
- **i versamenti andranno effettuati sul c/c bancario n 1036710- Banca Popolare dell'Emilia Romagna Ag.5 Modena IBAN IT 83 L 05387 12905 000001036710 intestato a ICEA -controllo estero Via Brugnoli 15 – 40122 BOLOGNA con la causale di "Certificazione NOP"**
- **gli operatori presenti in nazioni diverse dall'Italia dovranno sostenere il costo dell'alloggio e del viaggio dell'ispettore.**

Per motivi amministrativi, si prega di comunicare i seguenti dati:

**Ragione Sociale Azienda:** \_\_\_\_\_ **Sede Legale:** \_\_\_\_\_

**Banca di riferimento:** \_\_\_\_\_ **Conto Corrente:** \_\_\_\_\_

**Codice ABI:** \_\_\_\_\_ **Codice CAB:** \_\_\_\_\_ **Partita IVA:** \_\_\_\_\_

**Per accettazione**

Nome e Cognome del Legale Rappresentante della Ditta licenziataria secondo i requisiti NOP

Data

Firma e timbro