

Registrar Corp vous assiste dans les démarches de déclaration préalable « Prior Notice » auprès de la Food and Drug Administration. Suivez simplement ces trois étapes:

1. Complétez le formulaire « Prior Notice » approprié.

Notez que le formulaire dépend du mode d'expédition, soit par:

- Terre (Camions livrant des produits du Canada ou Mexique)
- Mer (Maersk Sealand, OOCL, etc.)
- Air (British Airways, Delta, etc.)
- FedEx / Federal Express
- Messagerie Express (DHL, UPS, etc.)
- Envoi Postal (Canada Post, Royal Mail, etc.)
- Bagage (Produits amenés aux USA par avion ou par voiture)

Si vous ne disposez pas du bon formulaire, n'hésitez pas à nous contacter en FRANCE ou aux USA, nous vous enverrons le document approprié à votre moyen d'expédition. Inclut un formulaire « Liste Complémentaire » si vous expédiez plus de 3 produits.

2. Complétez le formulaire « Paiement ».

Vous pouvez payer pour un seul envoi ou acheter un « bloc » de Prior Notice pour vos expéditions futures, sans limitation de durée. Cela permet d'économiser les frais de transaction.

3. Faxer l'ensemble de ces documents aux Etats-Unis: 00-1-757-224-0179.

Dès réception de vos documents, Registrar Corp va:

- Réaliser votre déclaration « Prior Notice » auprès de la Food and Drug Administration (FDA) et des douanes U.S. Customs and Border Protection Service (CBP).
- Vous transmettre par fax ou email votre document de confirmation de Prior Notice, dès sa notification par la FDA et CBP. En temps ordinaire, Registrar Corporation vous fournira votre document de confirmation de Prior Notice dans les heures qui suivent votre demande.

Il vous faudra effectuer une copie de votre confirmation de Prior Notice, et la joindre à votre envoi.

Nous serons heureux de vous assister dans vos démarches de Prior Notice, ou dans tout autre domaine lié à la loi sur les aliments et boissons aux USA.

Sincères Salutations,



Russell Statman
Executive Director

Inclure une « Bar-Coded Prior Notice Confirmation » avec d'autres documents nécessaires à chaque expédition des aliments, des boissons, des suppléments alimentaires aux Etats-Unis.



PRIOR NOTICE SYSTEM INTERFACE
U.S. CUSTOMS AND BORDER PROTECTION

Web Entry Summary Confirmation

Print this Web Entry Summary Confirmation and provide it to U.S. Customs and Border Protection (CBP) or the Food and Drug Administration (FDA) or the Dept. of Justice. The Prior Notice Confirmation Number must accompany each carrier by air, sea, or land.

PRESENT:

Entry Number: 11102004	Entry Type: Consumption
Part of Arrival: 11102004 @ 11102004	Mode of Transportation: Air
Number of Imported Prior Notices: 1	

Submitter	Importer
Michael Friedman Yusuf Food Company 1 Production Avenue Riverside, Ontario, M8W 1K2 CANADA	Special Food Supply, Inc. 1 River Centre New Bedford, Massachusetts 01944 UNITED STATES
Carrier: FEDERAL EXPRESS Carrier Code: 001A FX	Flight Number: 0111 Airway ID: 0000000000 Airway ID - Reason: 11102004

PRIOR NOTICES

Arrival	Product	Quantity	Unit	Submitted	Confirmation
01/11	Green Tea Cakes	10	KG	11/10/2004 09:14:27	0401101101

Copyright © 2003-2004 U.S. Food and Drug Administration
Prior Notice v1.3.00 November 10, 2004
November 10, 2004 09:14:27 8:17

Complétez un formulaire pour CHAQUE destinataire et faxez les documents à notre bureau aux USA au: 00-1-757-224-0179.

Informations Expéditeur

Nom ou raison sociale: _____ N° d'enregistrement FDA # (11 caractères): _____
 Adresse: _____ Ville: _____
 Etat/Région/Province: _____ Code Postal: _____ Pays: _____
 Personne à contacter: _____ E-mail: _____
 Téléphone: _____ Fax: _____

Informations Destinataire

Nom ou raison sociale: _____ N° d'enregistrement FDA # (11 caractères): _____
 Adresse: _____ Ville: _____
 Etat/Région/Province: _____ Code Postal: _____ Pays: _____
 Personne à contacter: _____ E-mail: _____
 Téléphone: _____ Fax: _____

Adresse de stockage à l'arrivée aux USA?

(Laisser en blanc si mêmes en tant que destination)

Nom de l'entrepôt: _____ N° d'enregistrement FDA # (11 caractères): _____
 Adresse: _____
 Ville: _____ Etat: _____ Code Postal: _____

Informations Transporteur

Nom du transporteur: _____ Numero de carte grise du véhicule: _____
 Numéro de bon de transport: _____ Etat U.S. d'entrée: _____
 Nom du point de passage de la frontière U.S.: _____ Date et heures d'arrivée aux U.S. prévues: _____

Désignation Produit *(Utiliser la «liste complémentaire» si plus de 3 produits)*

Nombre d'Unités **Poids Net / Unité**

Fabriquant: Nom, Adresse, & N° d'enregistrement FDA #
(Laisser en blanc si le fabricant est l'expéditeur)

1.			
2.			
3.			

Les produits énumérés ci-dessus ont-ils déjà été refusés à l'entrée d'un autre pays? Oui Non

Si oui, indiquez le numéro de ligne et le pays concerné: _____

En signant ci-dessous, vous: (i) affirmez et garantissez que les informations déclarées ci-dessus sont exactes, véridiques, authentiques et actuelles, et qu'elles seront mises à jour si nécessaire, (ii) autorisez les employés de Registrar Corp à soumettre les informations ci-dessus à l'US Food and Drug Administration ou à tout autre organisme habilité par la loi, et (iii) acceptez de rembourser, indemniser, libérer et dégager Registrar Corp de toute responsabilité concernant toutes les dépenses, les coûts et les réclamations, y compris mais non limité aux réclamations par des tiers et des agences gouvernementales, les coûts annexes et les honoraires d'avocats, si ces allégations sont présumées à tort, de manière délictuelle, contractuelle ou pour tout autre motif, découlant ou en relation avec cet accord ou les transactions envisagées par la présente.

Signature: _____ Fonction: _____
(Signature) (Par exemple, Président, Vice Président, Directeur Général, etc)

Nom: _____ Date: _____

Complétez un formulaire pour CHAQUE destinataire et faxez les documents à notre bureau aux USA au: 00-1-757-224-0179.

Informations Expéditeur

Nom ou raison sociale: _____ N° d'enregistrement FDA # (11 caractères): _____
 Adresse: _____ Ville: _____
 Etat/Région/Province: _____ Code Postal: _____ Pays: _____
 Personne à contacter: _____ E-mail: _____
 Téléphone: _____ Fax: _____

Informations Destinataire

Nom ou raison sociale: _____ N° d'enregistrement FDA # (11 caractères): _____
 Adresse: _____ Ville: _____
 Etat/Région/Province: _____ Code Postal: _____ Pays: _____
 Personne à contacter: _____ E-mail: _____
 Téléphone: _____ Fax: _____

Adresse de stockage à l'arrivée aux USA?

(Laisser en blanc si identique à l'adresse du destinataire)

Nom de l'entrepôt: _____ N° d'enregistrement FDA # (11 caractères): _____
 Adresse: _____
 Ville: _____ Etat: _____ Code Postal: _____

Informations Transporteur

Nom du transporteur: _____ Nom du bateau: _____
 Numéro de bon de transport: _____ Numéro du conteneur: _____
 Nom du port d'entrée U.S.: _____ Date et heures d'arrivée aux U.S. prévues: _____

Désignation Produit *(Utiliser la «liste complémentaire» si plus de 3 produits)*

Nombre d'Unités **Poids Net / Unité**

Fabriquant: Nom, Adresse, & N° d'enregistrement FDA #
(Laisser en blanc si le fabriquant est l'expéditeur)

Désignation Produit <i>(Utiliser la «liste complémentaire» si plus de 3 produits)</i>	Nombre d'Unités	Poids Net / Unité	Fabriquant: Nom, Adresse, & N° d'enregistrement FDA # <i>(Laisser en blanc si le fabriquant est l'expéditeur)</i>
1.			
2.			
3.			

Les produits énumérés ci-dessus ont-ils déjà été refusés à l'entrée d'un autre pays? Oui Non

Si oui, indiquez le numéro de ligne et le pays concerné: _____

En signant ci-dessous, vous: (i) affirmez et garanzissez que les informations déclarées ci-dessus sont exactes, véridiques, authentiques et actuelles, et qu'elles seront mises à jour si nécessaire, (ii) autorisez les employés de Registrar Corp à soumettre les informations ci-dessus à l'US Food and Drug Administration ou à tout autre organisme habilité par la loi, et (iii) acceptez de rembourser, indemniser, libérer et dégager Registrar Corp de toute responsabilité concernant toutes les dépenses, les coûts et les réclamations, y compris mais non limité aux réclamations par des tiers et des agences gouvernementales, les coûts annexes et les honoraires d'avocats, si ces allégations sont présumées à tort, de manière délictuelle, contractuelle ou pour tout autre motif, découlant ou en relation avec cet accord ou les transactions envisagées par la présente.

Signature: _____ Fonction: _____
(Signature) (Par exemple, Président, Vice Président, Directeur Général, etc.)

Nom: _____ Date: _____

Complétez un formulaire pour CHAQUE destinataire et faxez les documents à notre bureau aux USA au: 00-1-757-224-0179.

Informations Expéditeur

Nom ou raison sociale: _____ N° d'enregistrement FDA # (11 caractères): _____
 Adresse: _____ Ville: _____
 Etat/Region/Province: _____ Code Postal: _____ Pays: _____
 Personne à contacter: _____ E-mail: _____
 Téléphone: _____ Fax: _____

Informations Destinataire

Nom ou raison sociale: _____ N° d'enregistrement FDA # (11 caractères): _____
 Adresse: _____ Ville: _____
 Etat/Region/Province: _____ Code Postal: _____ Pays: _____
 Personne à contacter: _____ E-mail: _____
 Téléphone: _____ Fax: _____

Adresse de stockage à l'arrivée aux USA?

(Laisser en blanc si identique à l'adresse du destinataire.)

Nom de l'entrepôt: _____ N° d'enregistrement FDA # (11 caractères): _____
 Adresse: _____
 Ville: _____ Etat: _____ Code Postal: _____

Informations Transporteur

Nom du transporteur: _____ N° du vol: _____
 Numéro de LTA: _____ Etat U.S. d'entrée: _____
 Nom de l'aéroport d'entrée U.S.: _____ Date et heures d'arrivée aux U.S. prévues: _____

Désignation Produit

(Utiliser la « Liste Complémentaire » par plus de 3)

Nombre d'Unités

Poids Net / Poids

Fabriquant: Nom, Adresse, & N° d'enregistrement FDA #

(Laisser en blanc si le fabriquant est l'expéditeur)

Désignation Produit <i>(Utiliser la « Liste Complémentaire » par plus de 3)</i>	Nombre d'Unités	Poids Net / Poids	Fabriquant: Nom, Adresse, & N° d'enregistrement FDA # <i>(Laisser en blanc si le fabriquant est l'expéditeur)</i>
1.			
2.			
3.			

Les produits énumérés ci-dessus ont-ils déjà été refusés à l'entrée d'un autre pays? Oui Non

Si oui, indiquez le numéro de ligne et le pays concerné: _____

En signant ci-dessous, vous: (i) affirmez et garanteez que les informations déclarées ci-dessus sont exactes, véridiques, authentiques et actuelles, et qu'elles seront mises à jour si nécessaire, (ii) autorisez les employés de Registrar Corp à soumettre les informations ci-dessus à l'US Food and Drug Administration ou à tout autre organisme habilité par la loi, et (iii) acceptez de rembourser, indemniser, libérer et dégager Registrar Corp de toute responsabilité concernant toutes les dépenses, les coûts et les réclamations, y compris mais non limité aux réclamations par des tiers et des agences gouvernementales, les coûts annexes et les honoraires d'avocats, si ces allégations sont présumées à tort, de manière délictuelle, contractuelle ou pour tout autre motif, découlant ou en relation avec cet accord ou les transactions envisagées par la présente.

Signature: _____ Fonction: _____
(Signature) (Par exemple, Président, Vice Président, Directeur Général, etc.)

Nom: _____ Date: _____

Ce document vaut facture pour la réalisation des Prior Notice.

Désignation du client:

Nom ou Raison Sociale: _____

Adresse: _____

Ville: _____ State / Province / Region: _____

Pays: _____ Code Postal: _____

Téléphone: _____ Fax: _____

Choisissez le nombre de Prior Notice que vous souhaitez acheter:

Description:	Prix Unitaire:	Montant:
<input type="checkbox"/> 1 Envoi (<i>paiement par carte de crédit uniquement</i>)	US \$29.95	US \$29.95
<input type="checkbox"/> 10 EnVOis (<i>choisissez un mode de règlement ci-dessous</i>)	US \$24.95	US \$249.50
<input type="checkbox"/> 25 EnVOis (<i>choisissez un mode de règlement ci-dessous</i>)	US \$19.95	US \$498.75
<input type="checkbox"/> 50 EnVOis (<i>choisissez un mode de règlement ci-dessous</i>)	US \$14.95	US \$747.50

Choisissez un mode de règlement:

Carte de crédit: complétez l'information de carte de crédit ci-dessous et **FAXEZ** vos documents complétés ainsi que cette facture aux USA au.: **+1-757-224-0179**

Type de Carte: Visa MasterCard American Express

Numéro de Carte: _____

Date d'Expiration: _____

Nom du Détenteur de la Carte: _____

Virement : utilisez les coordonnées bancaires ci-dessous et **FAXEZ** vos documents complétés ainsi que cette facture aux USA au.: **+1-757-224-0179**

Banque: SunTrust Bank
Adresse: Richmond, Virginia, USA
Bénéficiaire: Registrar Corp
Swift: SNTRUS3A
Routing Number (ABA Number): 061000104
Numéro de compte: 1000013052369

Chèque: Seuls les chèques en dollars émis sur une banque américaine sont acceptés. Merci de libeller votre chèque à l'ordre de Fda Registrar et de le retourner à l'adresse en haut du document.