

**ALIENOR CERTIFICATION**

ZA du Sanital – 21 Rue Albert Einstein

86100 CHATELLERAULT-France

Tél. : 33 (0)5 49 14 13 10

Numéro d’Organisme Notifié : 2754

*Notified Body number : 2754*

Demande de renouvellement d’attestation

*Application for certificate renewal*

###### ❒ Nom et adresse du demandeur *Name and address of the applicant*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Société *Company* |  | | |
| Adresse 1 *Address 1* |  | | |
| Adresse 2 *Address 2* |  | | |
| Code Postal  *Postal Code* |  | | |
| Ville Town |  | | |
| Etat / Département  *State/ Suburd* |  | Pays *Country* |  |
| **Personne de contact**  ***Person of contact*** |  | | |
| **Téléphone**  ***Phone number*** |  | | |
| **Adresse mail / *Email*** |  | | |
| **Numéro TVA (si client européen)**  ***TVA number (if European client)*** |  | | |

❒ **Liste des Attestations à renouveler**

***List of the Certificates to renew***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Marque / référence**  ***Trademark / Reference*** | **Norme / Protocole**  ***Standard / Protocol*** | **N° de l'Attestation d'Examen UE de Type (AET)**  ***N° of the type examination certificate (TEC)*** | **Date expiration de l'AET**  ***Expiration Date of the TEC*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

❒ **Y a-t-il eu une modification sur le(s) produit(s) certifié(s) ?**

***Was there any modification to the certified product(s) ?***

Oui *Yes*  Non *No*

Si oui, sur quelle référence ? et quelle est la nature de la modification ? *If yes, on which reference? and what is the nature of the modification?*

|  |
| --- |
|  |

❒ **L’état de la technique (norme harmonisée ou protocole) a-t-il évolué ?**

***Has there been an evolution of the state of the art (harmonized standard or protocol) ?***

Oui *Yes*  Non *No*

Si oui, pour quel norme harmonisée ou protocole ? *If yes, for which harmonized standard or protocol?*

|  |
| --- |
|  |

❒ **Pour les EPI de catégorie III, le module C2 ou D est-il à jour (décision datant de moins d’un an) ?**

***For Category III PPE, is module C2 or D up to date (decision dated less than a year old)?***

Oui *Yes*  Non *No*  Non concerné *Not applicable*

**Si oui, veuillez joindre le certificat Module C2 ou D à cette demande**

***If yes, please enclose the Module C2 or D certificate to this form***

Je soussigné / *I, the undersigned*…………     ………………………………………………..

de la société *from the company*………………     ……………………………...............

Fait à *Place* ………     …………..le *date*……     …………

## Nom et qualité du signataire

*Name and position of the signatory*

