



**PRESTATAIRE**

1. Nom ou dénomination : .....  
Adresse : .....  
Numéro TEL/FAX : .....  
N° RCCM : ..... Date de délivrance : .....

**DIRIGEANT RESPONSABLE**

2. Nom & Prénom (s) : .....  
Adresse : .....  
Numéro TEL : .....  
N°PASSEPORT ou CNIB : ..... Date de validité : .....  
Pays de délivrance : ..... Autorité : .....

3.	PIECES A JOINDRE	JOINT		
		OUI	NON	S/A
	Une copie du registre de commerce burkinabé			
	Les statuts ou document attestant l'exercice du service nettoyage et désinfection pour lesquels le certificat est sollicité			
	Une copie du bilan certifié du dernier exercice (Renouvellement)			
	les attestations de paiement des cotisations sociales et des impôts et taxes pour le dernier exercice exigible (Renouvellement)			
	Une copie du manuel contenant les procédures d'exploitation normalisées en matière de sûreté de l'aviation civile			
	Une copie du manuel des procédures d'activité du service nettoyage et désinfection			
	L'organisation détaillée de l'exploitation (Organigramme)			
	Les copies certifiées conformes des attestations ou diplômes des personnels qualifiés intervenant dans les activités d'assistance en escale où des qualifications spécifiques sont requises (Personnel assurant la désinfection)			
	Une copie des contrats et arrangements avec le gestionnaire d'aérodromes s'il y a lieu			
	Une copie de la police d'assurance couvrant les risques de l'activité exercée sur l'aéroport			
	Toute information additionnelle que l'ANAC exige du postulant			

**SIGNATURE**

4. Fait à : ..... le : .....  
Nom : ..... Prénoms : ..... *Signature et cachet*  
Le présent formulaire doit être signé par le Dirigeant responsable du prestataire.