

LISTA DE PROVEEDORES (FMC-11)

Instrucciones: Complete la siguiente información con todos los vendedores de frutas y verduras que se prevé que asistan a su mercado o que actualmente asistan a su mercado durante la temporada del FMNP (del 1 de junio al 30 de noviembre). La información del proveedor debe ser específica para cada día de mercado y ubicación. Por ejemplo, si su mercado opera los martes y jueves, envíe una lista de proveedores independiente para cada día de mercado. Incluya tanto a los agricultores (productores) como a los distribuidores. Si el proveedor participa o planea participar en el FMNP, proporcione la información adicional solicitada para los agricultores del FMNP; si es nuevo en el FMNP este año, escriba "nuevo" cuando se le pida el número de identificación del FMNP. Haga copias de este formulario si es necesario. **Hay espacio adicional en la parte de atrás del formulario.**

(¿Este formulario es necesario para su mercado? Lea las Reglas y procedimientos para mercados del FMNP (FMC-4) para averiguarlo).

Nombre de mercado: _____ **Día:** Lun Mar Mié Jue Vie Sáb Dom

Cuántos vendedores en total participan en el mercado (por ejemplo, productos agrícolas, carne, productos lácteos, comida caliente, artesanías, etc.) _____

Toda la temporada (por ejemplo, el proveedor se compromete a estar allí todas las semanas durante la temporada del FMNP): _____

Temporada parcial (por ejemplo, el proveedor se compromete a estar allí durante determinadas semanas o meses durante la temporada): _____

Todos los días (por ejemplo, el proveedor no tiene ningún compromiso; es posible que solo asista al mercado un día por temporada): _____

Nombre del negocio (#1): _____

Nombre y apellidos del propietario: _____

Dirección del negocio: _____ **Código postal:** _____

Granjas elegibles para el FMNP: Identificación de sello del FMNP: _____ N/A, el proveedor no cumple los requisitos del FMNP en este mercado.

Superficie cultivada en frutas/verduras: _____ **Superficie total cultivable de la granja:** _____

¿Afirma que este proveedor cultiva frutas y/o verduras, cumple la norma de cultivo de al menos el 50% en su mercado y es elegible para participar en el FMNP este año? Sí No Desconocido

Nombre del negocio (#2): _____

Nombre y apellidos del propietario: _____

Dirección del negocio: _____ **Código postal:** _____

Granjas elegibles para el FMNP: Identificación de sello del FMNP: _____ N/A, el proveedor no cumple los requisitos del FMNP en este mercado.

Superficie cultivada en frutas/verduras: _____ **Superficie total cultivable de la granja:** _____

¿Afirma que este proveedor cultiva frutas y/o verduras, cumple la norma de cultivo de al menos el 50% en su mercado y es elegible para participar en el FMNP este año? Sí No Desconocido

Firma del solicitante. Reconozco que leí y acepto cumplir las "Reglas y procedimientos para los mercados (FMC-4)" del FMNP proporcionadas por el Departamento de Agricultura y Mercados del Estado de Nueva York. Firmando a continuación, certifico que toda la información proporcionada en el FMC-11 es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender.

Firma (obligatoria): _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra imprenta: _____ **Cargo:** _____

Envíe el formulario Y el Acuerdo de participación en el mercado (FMC-8) Y las normas del mercado a:

Correo electrónico: farmersmarkets@agriculture.ny.gov Correo postal: NYS Dept. of Agriculture and Markets Atten: FMNP
Fax: (518) 457-8398 10B Airline Drive, Albany, NY 12235

¿Tiene preguntas? Albany: (518) 457-7076 x1 Llamada gratis: (800) 554-501

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

LISTA DE PROVEEDORES (FMC-11)

Nombre del negocio (#3): _____

Nombre y apellidos del propietario: _____

Dirección del negocio: _____ Código postal: _____

Granjas elegibles para el FMNP: Identificación de sello del FMNP: _____ N/A, el proveedor no cumple los requisitos del FMNP en este mercado.

Superficie cultivada en frutas/verduras: _____ Superficie total cultivable de la granja: _____

¿Afirma que este proveedor cultiva frutas y/o verduras, cumple la norma de cultivo de al menos el 50% en su mercado y es elegible para participar en el FMNP este año? Sí No Desconocido

Nombre del negocio (#4): _____

Nombre y apellidos del propietario: _____

Dirección del negocio: _____ Código postal: _____

Granjas elegibles para el FMNP: Identificación de sello del FMNP: _____ N/A, el proveedor no cumple los requisitos del FMNP en este mercado.

Superficie cultivada en frutas/verduras: _____ Superficie total cultivable de la granja: _____

¿Afirma que este proveedor cultiva frutas y/o verduras, cumple la norma de cultivo de al menos el 50% en su mercado y es elegible para participar en el FMNP este año? Sí No Desconocido

Nombre del negocio (#5): _____

Nombre y apellidos del propietario: _____

Dirección del negocio: _____ Código postal: _____

Granjas elegibles para el FMNP: Identificación de sello del FMNP: _____ N/A, el proveedor no cumple los requisitos del FMNP en este mercado.

Superficie cultivada en frutas/verduras: _____ Superficie total cultivable de la granja: _____

¿Afirma que este proveedor cultiva frutas y/o verduras, cumple la norma de cultivo de al menos el 50% en su mercado y es elegible para participar en el FMNP este año? Sí No Desconocido

Nombre del negocio (#6): _____

Nombre y apellidos del propietario: _____

Dirección del negocio: _____ Código postal: _____

Granjas elegibles para el FMNP: Identificación de sello del FMNP: _____ N/A, el proveedor no cumple los requisitos del FMNP en este mercado.

Superficie cultivada en frutas/verduras: _____ Superficie total cultivable de la granja: _____

¿Afirma que este proveedor cultiva frutas y/o verduras, cumple la norma de cultivo de al menos el 50% en su mercado y es elegible para participar en el FMNP este año? Sí No Desconocido

Firma del solicitante. Reconozco que leí y acepto cumplir las “Reglas y procedimientos para los mercados (FMC-4)” del NYS FMNP proporcionadas por el Departamento de Agricultura y Mercados del Estado de Nueva York. Firmando a continuación, certifico que toda la información proporcionada en el FMC-11 es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender.

Firma (obligatoria): _____ Fecha: _____

Nombre en letra imprenta: _____ Cargo: _____