



GOVERNMENT OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF BANGLADESH
MINISTRY OF AGRICULTURE
DEPARTMENT OF AGRICULTURAL EXTENSION
Plant Protection Wing (Plant Quarantine)
PHYTOSANITARY CERTIFICATE 0195379

THIS CERTIFICATE SHALL BE INVALID
IN CASE OF ANY ALTERATION

No.....

Place..HAZRAT SHAHJALAT-DHAKA..

To: Plant protection organisation of

UK

Date of Inspection: 29-08-2015

Description of consignment/চালানের বিবরণ :

Name and address of exporter: রপ্তানীকারকের নাম ও ঠিকানা	M/S. TAASIN ENTERPRISE, 10/3, ARAMBAG, MOTIJHEEL C/A, DHAKA-1000, BANGLADESH.
Declared name and address of consignee: ঘোষিত প্রাপকের নাম ও ঠিকানা	G.B. FRESH LTD. 245 WHITCHAPEL ROAD, LONDON, E-1, 1DB, UK
Number and description of packages: গাটের সংখ্যা ও বিবরণ	120 CARTONS
Distinguishing mark: সনাক্তকরণ চিহ্ন	MN. REM. RE
Place of origin: উৎপাদন স্থান	BANGLADESH
Declared means of conveyance: ঘোষিত পরিবহনের ধরণ	BY AIR
Declared point of entry: ঘোষিত প্রবেশ স্থান	LONDON, UK
Name of produce and quantity declared: ঘোষিত পণ্যের নাম ও পরিমাণ	1000(ONE THOUSAND) KGS, FRESH JACK FRUITS.
Botanical name of plant: উদ্ভিদের বৈজ্ঞানিক নাম	<i>Artocarpus heterophyllus</i>

This is to certify that the plants, plant products or other regulated articles described above have been inspected according to appropriate procedure and are considered to be free from quarantine pests and practically free from other injurious pests and that they are considered to conform with the current Phytosanitary regulation of the importing country/এতদ্বারা প্রত্যয়ন করা যাইতেছে যে, উল্লিখিত উদ্ভিদ, উদ্ভিদজাত পণ্য বা অন্যান্য বিধিবদ্ধ দ্রব্যাদি সঠিকপন্থায় পরীক্ষিত ও সংশ্লিষ্ট পোকা ও রোগব্যাধি এবং ব্যবহারিকভাবে অন্যান্য ক্ষতিকর পোকা ও রোগব্যাধি মুক্ত বলিয়া বিবেচিত হইয়াছে এবং উহা আমদানীকারী দেশের বর্তমান উদ্ভিদ স্বাস্থ্য সংক্রান্ত বিধি বিধান মোতাবেক হইয়াছে।

Disinfestation or/and Disinfection/পোকামুক্ত অথবা/এবং জীবাণুমুক্তকরণ :

Date/তারিখ :	NIL	Treatment/গৃহিত ব্যবস্থা :	NIL
Chemical (active ingredient) রাসায়নিক দ্রব্য (সক্রিয় উপাদান) :			NIL
Duration and temperature/স্থিতিকাল ও তাপমাত্রা :			NIL
Concentration/মাত্রা :			NIL
Additional information/অতিরিক্ত বিবরণ :			NIL

Additional declaration/অতিরিক্ত ঘোষণা :

Signature

স্বাক্ষর

(Md. Monzurul Hoque)

Name of authorised officer Pathologist

দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তার নাম

Plant Quarantine Station
Hazrat Shahjalat Airport
Dhaka, Bangladesh

Date of Issue :

ইস্যুর তারিখ :

29-08-2015



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
OFFICE OF THE ASSISTANT SECRETARY FOR PUBLIC HEALTH AND SAFETY
NATIONAL CENTER FOR ENVIRONMENTAL HEALTH EFFECTS
1015 ALLEGEN DRIVE, WASHINGTON, DC 20002

1. Name of the person or organization: _____
2. Address: _____
3. City: _____ State: _____ Zip: _____
4. Telephone: _____
5. Name of the person to whom correspondence should be sent: _____
6. Title of the person: _____
7. Name of the organization: _____
8. Address of the organization: _____
9. City: _____ State: _____ Zip: _____
10. Telephone: _____

This form is to be filled out by the person or organization who is submitting the request for information. It should be filled out in duplicate and the original should be submitted to the person or organization to whom the request is being made. The duplicate should be submitted to the person or organization to whom the request is being made.

11. Name of the person or organization: _____
12. Address: _____
13. City: _____ State: _____ Zip: _____
14. Telephone: _____
15. Name of the person to whom correspondence should be sent: _____
16. Title of the person: _____
17. Name of the organization: _____
18. Address of the organization: _____
19. City: _____ State: _____ Zip: _____
20. Telephone: _____

21. Name of the person or organization: _____
22. Address: _____
23. City: _____ State: _____ Zip: _____
24. Telephone: _____
25. Name of the person to whom correspondence should be sent: _____
26. Title of the person: _____
27. Name of the organization: _____
28. Address of the organization: _____
29. City: _____ State: _____ Zip: _____
30. Telephone: _____

31. Name of the person or organization: _____
32. Address: _____
33. City: _____ State: _____ Zip: _____
34. Telephone: _____
35. Name of the person to whom correspondence should be sent: _____
36. Title of the person: _____
37. Name of the organization: _____
38. Address of the organization: _____
39. City: _____ State: _____ Zip: _____
40. Telephone: _____

