

**FORMULARIO N° 24****SOLICITUD PARA CERTIFICADO OFICIAL SANITARIO PARA
MUESTRAS SIN VALOR COMERCIAL DE PRODUCTOS PESQUEROS
Y ACUÍCOLAS CON FINES DE IMPORTACIÓN****Encabezado o logotipo del Solicitante:**

Lugar y Fecha: _____ / ____ / ____

Señores:

ORGANISMO NACIONAL DE SANIDAD PESQUERA (SANIPES)
DIRECCION DE HABILITACIONES Y CERTIFICACIONES PESQUERAS Y ACUICOLAS**ATENCION:**_____
NOMBRE DEL FUNCIONARIO DE LA SUBDIRECCION DE CERTIFICACIONES PESQUERAS Y
ACUICOLAS DEL ORGANISMO NACIONAL DE SANIDAD PESQUERA (SANIPES)**REFERENCIA:** CERTIFICADO SANITARIO DE IMPORTACION DE _____

(INDICAR PRODUCTO)

PROCEDENTE DE _____

(INDICAR PAIS DE PROCEDENCIA)

DE NUESTRA CONSIDERACIÓN:

Por medio de la presente solicitamos la emisión del Certificado Sanitario de Importación para un lote de (indicar producto) con los siguientes datos:

1. **SOLICITANTE/IMPORTADOR:**
2. **DIRECCIÓN:**
3. **PRODUCTO (*):**
4. **PRODUCTOR:**
5. **N° DE REGISTRO SANITARIO:**
6. **CANTIDAD/N° DE BULTOS:**
7. **TIPO DE EMBALAJE:**
8. **PESO BRUTO:**
9. **PESO NETO:**
10. **N° DE CERTIFICADO DE INTERNAMIENTO O NRO. DE EXPEDIENTE DEL TRÁMITE DE INTERNAMIENTO:**
11. **PAIS DE PROCEDENCIA:**
12. **LUGAR DE DESTINO:**
13. **MEDIO DE TRANSPORTE:**
14. **EXPEDITOR:**
15. **REFERENCIA DEL EMBARQUE:**

(INDICAR ORDEN DE SERVICIO/ORDEN DE LOTE/ ORDEN DE TRABAJO / HOJA DE SERVICIO /OTROS DE LA ENTIDAD DE APOYO)

16. ETIQUETA:

17. MODELO (S) DE CERTIFICADO (S) SOLICITADO(S):

(*) Llenar el siguiente cuadro solo si el producto es conservas de pescado o harina:

CODIGO o RUMA	FECHA DE PRODUCCION	FECHA DE VENCIMIENTO	NUMERO DE CAJAS o SACOS

INFORMACIÓN SOBRE PAGO DE DERECHO DE TRAMITACIÓN (COMPLETAR, EN CASO CORRESPONDA):

Número de recibo de pago:
Fecha de recibo de pago:

Atentamente,

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO

NOMBRE Y Nº DE DNI:

NOTA: LA SOLICITUD DEL EXPEDIENTE ES VALIDA PARA UN SOLO EMBARQUE