

| | |
|---|--|
|  | FORMULARIO N° 33 |
| | AUTORIZACIÓN DE INGRESO DE MATERIAL BIOLÓGICO O PATOLÓGICO, CON FINES DE INVESTIGACIÓN, SIN FINES DE COMERCIALIZACIÓN |

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: PROCEDIMIENTO: Autorización de ingreso de _____
(INDICAR PRODUCTO)

ASUNTO: Solicitud de certificado sanitario para la importación de _____

DE NUESTRA CONSIDERACIÓN:

El que suscribe, _____, identificado con DNI/CARNET DE EXTRANJERIA N° _____, representante legal de _____, con RUC N° _____, con domicilio legal en _____ se presenta ante usted con la finalidad de solicitar la emisión de la Autorización de ingreso de material biológico o patológico, con fines de investigación, sin fines de comercialización, el cual debe ser emitido en el idioma español. Para lo cual, DECLARO BAJO JURAMENTO que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Identificación de la importación:

| | |
|--|--|
| Empresa o laboratorio exportador: | |
| Dirección | |
| Teléfono: | |
| Laboratorio de origen | |
| Dirección del laboratorio de origen | |
| País de origen | |
| Lugar de embarque | |
| País de embarque | |
| Fecha de embarque del lugar de origen | |
| Fecha de llegada a territorio nacional | |

Identificación de la mercancía:

| | |
|---|--|
| Descripción de la muestra ¹ | |
| Especie (Nombre científico), cuando proceda | |
| Tipo de embalaje ² | |

| | |
|--|--|
| Peso neto (Kg) | |
| Peso bruto (Kg) | |
| Cantidad de muestra a importar (cajas, viales) | |
| Número de factura | |
| Medio de transporte / Identificación (Guía aérea) | |
| Fines de uso de la muestra – Detallar brevemente el motivo de la importación y uso de las muestras | |
| Objetivo de la importación ³ | |

Identificación del lugar de recepción de la mercancía:

| | |
|---|--|
| Nombre del centro de investigación/laboratorio donde serán destinadas en el Perú | |
| Dirección del centro de investigación/laboratorio donde serán destinadas en el Perú | |
| Nº de Autorización del laboratorio por una Autoridad Competente y Acreditación | |
| Persona contacto para coordinar inspección: | |
| Nro. De móvil de la persona contacto: | |

1. Indicar si se trata de kit de diagnóstico, cepas de microorganismos, material genético de microorganismos, tejidos infecciosos y no infecciosos, líneas celulares.
2. Forma de almacenamiento y transporte de las muestras (fijadas, congeladas, frescas, etc.).
3. Detallar si son para análisis microbiológicos, químicos, pruebas organolépticas, etc.

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