

SENASAG – IMP – FOR - 001

Jefatura Distrital:	Fecha:
---------------------	--------

DATOS DEL IMPORTADOR

Nombre o Razón Social:		
Dirección:		
Teléfono:	Nº NIT o C.I.:	R.S. PADRON:

DATOS DE ORIGEN

Nombre o Razón Social (Empresa):	
Dirección:	
País de origen:	País de compra:
Puerto de salida:	Puerto de entrada al País:
Medio de transporte	Fecha de salida:
Recinto Aduanero de Destino:	Fecha de llegada:
Descripción y Cantidad de los bultos, bolsas, cajas:	
Peso Bruto:	Peso Neto:
Factura de Compra:	Valor de la Factura/FOB \$us.: En Bolivianos:

DEL PRODUCTO

Nº	Registro	Producto	Cantidad Neta	Marca Uso Propuesto	Fecha de Elaboración	Fecha de Vencimiento	Lote
1							
2							
3							
4							
5							

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre:	Nº C.I.:
Relación con la Empresa o Cargo:	Firma:

El formulario de solicitud debe estar llenado íntegramente y los datos declarados deben estar respaldados en la documentación adjunta, con su respectivo padrón y registro vigentes.



ESTADO PLURINACIONAL
DE BOLIVIA



(A ser llenado por SENASAG)

OBSERVACIONES

La solicitud ha sido:

(1) AUTORIZADA ☐ sin ningún requisito sanitario específico, debiendo cumplir solamente los requisitos generales, si los hubieran.

(2) RECHAZADA ☐ en las líneas de debajo se detalla el motivo del rechazo

(3) REQUIERE ANÁLISIS DE RIESGO ☐ en las líneas de debajo se detalla el análisis de riesgo que requiere

(4) REQUISITOS ESPECÍFICOS ☐ en las líneas de debajo se detallan los requisitos específicos

NOMBRE Y FIRMA

LUGAR Y FECHA