**SOLICITUD DE CERTIFICADO SANITARIO DE EXPORTACIÓN**

El Certificado Sanitario de Exportación (**CENTROAMÉRICA**) tiene vigencia de 15 días calendario. Realizar depósito en **Banrural** al Servicio **1012** –Certificado Zoosanitario de Exportación (MAGA UNR Cobro Servicios - Valor Fijo – 280), proporcionar NIT del exportador. Pago de 6.25 Dólares (su equivalente en Quetzales) por cada Certificado. Con base en lo que establece el Decreto 36-98 Ley de Sanidad Vegetal y Animal, el Acuerdo Gubernativo 745-99 Reglamento de la Ley de Sanidad y la Resolución 428-2020 (COMIECO), nos permitimos solicitar sea extendido el Certificado Sanitario de Exportación para poder exportar la mercancía de la cual detallamos las siguientes características:

|  |
| --- |
| **DATOS DEL EXPORTADOR** |
| 1. Nombre completo, dirección, teléfono y correo electrónico del Exportador
 | 1. Fecha y hora de salida
 |
|  |  |
| **DATOS DEL IMPORTADOR** |
| 1. Nombre completo del Importador
 |  |
| 1. Dirección del Importador
 |  | 1. Teléfono del

Importador |  |
| **DATOS DE LA EXPORTACIÓN** |
| 1. País de origen
 | 1. Puesto fronterizo de salida
 | 1. País de destino
 | 1. Puesto fronterizo de ingreso
 | 10. Valor FOB $ |
|  |  |  |  |  |
| 11. No. de marchamo | 12. Nombre y número del establecimiento productor (para animales vivos o material genético): | 13. Nombre y número del establecimiento de proceso (planta, fábrica, centro de acopio) : | 14. Vía e Identificación del medio de transporte: |
|  |  |  |  |
| **DATOS DE LA MERCANCÍA** |
| 15. Cantidad Total de Bultos | 16. Tipo de empaque o embalaje | 17. Peso Neto Total en Kg  | 18. Nombre científico (animales silvestres, hidrobiológicos, abejas) | 19. Uso previsto |
|  |  |  |  |  |
| 20. Especie  | 21. Clasificación del Producto | 22. Descripción detallada de la mercancía |
|  |  |  |
| 23. Estado Sanitario de la Mercancía y Observaciones (declaraciones sanitarias propias de la especie solicitadas por el país importador, tratamientos, vacunaciones):  |
|  |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** |
| 24. Número y Nombre de colegiado del Profesional responsable | 25. Correo electrónico del solicitante | 26. Sello de la empresa |
|  |  |  |
| 27. Nombre y Firma del solicitante | 28. Fecha de Solicitud |
|  |  |