

**Subjecte passiu**

(1) Nom i cognoms de qui efectua la sol·licitud:		
(2) En representació de l'empresa:		
(3) NIF de l'empresa:	(4) E-mail:	
(5) Adreça de l'empresa:	(6) Telèfon:	(7) Fax:
(8) Codi Postal:	(9) Municipi:	

**Sol·licita s'efectuï inspecció prèvia a l'expedició de certificats sanitaris per a l'exportació de productes alimentaris, al següent establiment**

(10) Nom i cognoms del titular o Raó social		(11) NIF:		
(12) Adreça de l'establiment:		(13) Codi Postal:		
(14) Municipi: <b>Barcelona</b>	(15) Registro General Sanitario (RGS):	(16) Registre Sanitari d'Indústries (RSIPAC):		
(17) Tipus d'aliments a certificar:	(18) Número de certificats:			
(19) País/països de destinació:				
Dates i horaris en què s'hauria d'efectuar la inspecció, en el supòsit de disponibilitat per part dels serveis d'inspecció:				
Dia	(20) o dia	(21), entre les	(22) hores i les	(23) hores
(24) Observacions				

<b>Import de la taxa per a l'any 2012:</b>  (57,60 € per un certificat + 11,55 € per certificatextra)	<b>Marqueu el que correspongui</b>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1 certificat	57,60 €	
	2 certificats	69,15 €	
	3 certificats	80,70 €	
	4 certificats	92,25 €	
5 o més certificats	€		

(25) Signatura	(26) Data 18/05/2012
----------------	-------------------------

## CARTA DE PAGAMENT

### Subjecte passiu

Nom i cognoms o raó social	NIF/CIF/Passaport
Adreça	-

### Informació del servei

Número de declaració	Data d'emissió		
10000007790	18/5/2012		
Concepte			Import (€)
Inspecció prèvia a l'expedició de certificats sanitaris			
<b>Codi de Procediment de Recaptació (CPR): 9050794</b>			
	Emissora	Referència	Identificador
RIN	05890009501	1000000779049	280213
			Import (€)

Abans de fer el pagament comproveu que les dades siguin correctes.  
 El pagament es pot realitzar a través de qualsevol SERVICIAIXA de "La Caixa". En aquest cas, el resguard expedit pel terminal serveix com a comprovant del pagament.  
 També pot efectuar el pagament a través de qualsevol oficina de "La Caixa".

Segell de conformitat del pagament

Còpia per al declarant



..... Tallar per la línia de punts

Nom i cognoms o raó social	NIF/CIF/Passaport		
Adreça	-		
Concepte			Import (€)
Inspecció prèvia a l'expedició de certificats sanitaris			
<b>Codi de Procediment de Recaptació (CPR): 9050794</b>			
	Emissora	Referència	Identificador
RIN	05890009501	1000000779049	280213
			Import (€)

Còpia per a l'Entitat financera