

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: Barcelona	(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				

Import de la taxa per a l'any 2011: (50,50€ per un certificat + 10,10 € per certificat extra)	Marqueu el que correspongui		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1 certificat	50,50 €	
	2 certificats	60,60 €	
	3 certificats	70,70 €	
	4 certificats	80,80 €	
5 o més certificats	€		

(25) Signatura	(26) Data 10/02/2012
----------------	-------------------------

CARTA DE PAGAMENT**Subjecte passiu**

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

Informació del servei

Número de declaració	Data d'emissió		
10000007293	10/2/2012		
Concepte			Import (€)
Inspecció prèvia a l'expedició de certificats sanitaris			
Codi de Procediment de Recaptació (CPR): 9050794			
	Emissora	Referència	Identificador
RIN	05890009501	1000000729331	310312
			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			
Codi de Procediment de Recaptació (CPR): 9050794			
	Emissora	Referència	Identificador
RIN	05890009501	1000000729331	310312
			Import (€)

Còpia per a l'Entitat financera