**Ministerio de Salud**

**Dirección de Salud Ambiental**

**Unidad de Alimentos y Bebidas**

**Autorización de Importación de Productos Sucedáneos de la Leche Materna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. Solicitud | | | | Fecha de Solicitud: | | | |
| Nombre del solicitante: | | | | Documento de identidad: DUI  y número: | | | |
| En calidad de: | | | | País de Procedencia: | | | |
| Nombre o razón social de la empresa: | | | | NIT: | | | |
| Dirección del importador: | | | | | | | |
| **No.** | **Nombre del Producto** | **Marca del Producto** | **No. de registro sanitario** | **País de origen** | **Peso Neto en Kg.** | **Volumen neto en Lts.** | **Valor FOB US$** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Para uso del Solicitante | Fecha de registro de autorización |
|  | AUTORIZASE LA PRESENTE SOLIITUD DE IMPORTACIÓN DE PRODUCTOS SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA PARA UN TERMINO DE **30** DIAS, DEBIENDO CUMPLIR CON LO QUE ESTABLECEN LOS DEMAS ORGANISMOS |
| Número de Autorización |
|  |
|  |
| Correo electrónico de consulta:importaciones@salud.gob.sv | Válido para respaldar una sola transacción aduanera de importación |

**Ministerio de Salud**

**Dirección de Salud Ambiental**

**Unidad de Alimentos y Bebidas**

**Autorización de Importación de Productos Sucedáneos de la Leche Materna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. Solicitud | | | | Fecha de Solicitud: | | | |
| Nombre del solicitante: | | | | Documento de identidad: DUI  y número: | | | |
| En calidad de: | | | | País de Procedencia: | | | |
| Nombre o razón social de la empresa | | | | NIT: | | | |
| Dirección del importador: | | | | | | | |
| **No.** | **Nombre del Producto** | **Marca del Producto** | **No. de registro sanitario** | **País de origen** | **Peso Neto en Kg.** | **Volumen neto en Lts.** | **Valor FOB US$** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Para uso del Solicitante: | Fecha de registro de autorización |
|  | AUTORIZASE LA PRESENTE SOLIITUD DE IMPORTACIÓN DE PRODUCTOS SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA PARA UN TERMINO DE **30** DIAS, DEBIENDO CUMPLIR CON LO QUE ESTABLECEN LOS DEMAS ORGANISMOS |
| Número de Autorización: |
|  |
|  |
| Correo electrónico de consulta:importaciones@salud.gob.sv | Válido para respaldar una sola transacción aduanera de importación |