

CARTA – FACTURA
COMMERCIAL – INVOICE

_____ de _____ del 2010

De (Remitente) / From (Shipper): Tel.:	Para (Destinatario) / To (Consignee): ALLERMETRIX, INC 400 Sugartree Lane Suite: 510 Franklin, TN 37064 TEL.: (615) 599-4100
Descripción detallada del envío: SE MANDA SUERO HUMANO PARA ANALISIS CLINICOS EN LOS ESTADOS UNIDOS.	Detailed description of the shipment: SENDING HUMAN SERUM FOR CLINICAL TESTING.
Propósito del envío: ANALISIS CLINICOS EN LOS ESTADOS UNIDOS.	Purpose of the shipment: CLINICAL ANALYSIS IN THE UNITED STATES.
Regalo no solicitado [] (Muestra) Sin valor comercial [X]	Present non solicited [] (Sample) Without commercial value [X]
Valor para efectos aduanales \$ 1.00 USD	Value for customs purpose \$ 1.00 USD

Firma del Remitente / Shipper's signature

Responsiva para enviar estudio de RAST

A quien corresponda:

El que suscribe _____ con cédula

Profesional _____ y registro Federal de Hacienda _____.

Hago constar y extendiendo esta responsiva para el manejo del presente suero el cual no es infectocontagioso ni representa ningún peligro en caso fortuito de derramamiento. Es enviado para investigación de alergias.

Atentamente,

Dr. _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

ANTES DE LLENAR EL FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL REVERSO.

SSA-00-003 SOLICITUD DE PERMISO DE INTERNACION Y SALIDA DE TERRITORIO NACIONAL DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES

No. DE INGRESO

USO EXCLUSIVO DE LA COFEPRIS

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.-SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO DE LAS PERSONAS FISICAS O MORALES		R.C.F.
DOMICILIO, CALLE, No Y LETRA		No LICENCIAS SANITARIA
COLONIA	DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO	No RESPONSABLE SANITARIO
CODIGO POSTAL	TELEFONO (S) Y FAX	LOCALIDAD
		ENTIDAD FEDERATIVA

2.- PERMISO SANITARIO:	2.1 SALIDA <input checked="" type="checkbox"/>	2.2 INTERNACION <input type="checkbox"/>																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>FRACCION ARANCELARIA</th> <th>No DE UNIDADES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>* 30.02.10.06 PLASMA HUMANO / SUERO</td> <td><input type="text" value="Varias"/></td> </tr> <tr> <td>* 30.02.10.14 PAQUETE GLOBULAR HUMANO</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>* 30.02.10.99 LO DEMAS <small>(CONCENTRADO DE PLAQUETAS; CRIOPRECIPITADO OBTENIDO EN BANCO DE SAGRE)</small></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>* 30.02.10.03 SANGRE HUMANA</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>* 30.02.90.99 LO DEMAS <small>(CELULAS PROGENITORAS HEMATOPOYETICAS DE ORIGEN HUMANO)</small></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		FRACCION ARANCELARIA	No DE UNIDADES	* 30.02.10.06 PLASMA HUMANO / SUERO	<input type="text" value="Varias"/>	* 30.02.10.14 PAQUETE GLOBULAR HUMANO	<input type="text"/>	* 30.02.10.99 LO DEMAS <small>(CONCENTRADO DE PLAQUETAS; CRIOPRECIPITADO OBTENIDO EN BANCO DE SAGRE)</small>	<input type="text"/>	* 30.02.10.03 SANGRE HUMANA	<input type="text"/>	* 30.02.90.99 LO DEMAS <small>(CELULAS PROGENITORAS HEMATOPOYETICAS DE ORIGEN HUMANO)</small>	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>FRACCION ARANCELARIA</th> <th>No DE UNIDADES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>* 30.02.10.06 PLASMA HUMANO / SUERO</td> <td><input type="text" value="Varias"/></td> </tr> <tr> <td>* 30.02.10.14 PAQUETE GLOBULAR HUMANO</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>* 30.02.10.99 LO DEMAS <small>(CONCENTRADO DE PLAQUETAS; CRIOPRECIPITADO OBTENIDO EN BANCO DE SAGRE)</small></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>* 30.02.10.03 SANGRE HUMANA</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>* 30.02.90.99 LO DEMAS <small>(CELULAS PROGENITORAS HEMATOPOYETICAS DE ORIGEN HUMANO)</small></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	FRACCION ARANCELARIA	No DE UNIDADES	* 30.02.10.06 PLASMA HUMANO / SUERO	<input type="text" value="Varias"/>	* 30.02.10.14 PAQUETE GLOBULAR HUMANO	<input type="text"/>	* 30.02.10.99 LO DEMAS <small>(CONCENTRADO DE PLAQUETAS; CRIOPRECIPITADO OBTENIDO EN BANCO DE SAGRE)</small>	<input type="text"/>	* 30.02.10.03 SANGRE HUMANA	<input type="text"/>	* 30.02.90.99 LO DEMAS <small>(CELULAS PROGENITORAS HEMATOPOYETICAS DE ORIGEN HUMANO)</small>	<input type="text"/>
FRACCION ARANCELARIA	No DE UNIDADES																									
* 30.02.10.06 PLASMA HUMANO / SUERO	<input type="text" value="Varias"/>																									
* 30.02.10.14 PAQUETE GLOBULAR HUMANO	<input type="text"/>																									
* 30.02.10.99 LO DEMAS <small>(CONCENTRADO DE PLAQUETAS; CRIOPRECIPITADO OBTENIDO EN BANCO DE SAGRE)</small>	<input type="text"/>																									
* 30.02.10.03 SANGRE HUMANA	<input type="text"/>																									
* 30.02.90.99 LO DEMAS <small>(CELULAS PROGENITORAS HEMATOPOYETICAS DE ORIGEN HUMANO)</small>	<input type="text"/>																									
FRACCION ARANCELARIA	No DE UNIDADES																									
* 30.02.10.06 PLASMA HUMANO / SUERO	<input type="text" value="Varias"/>																									
* 30.02.10.14 PAQUETE GLOBULAR HUMANO	<input type="text"/>																									
* 30.02.10.99 LO DEMAS <small>(CONCENTRADO DE PLAQUETAS; CRIOPRECIPITADO OBTENIDO EN BANCO DE SAGRE)</small>	<input type="text"/>																									
* 30.02.10.03 SANGRE HUMANA	<input type="text"/>																									
* 30.02.90.99 LO DEMAS <small>(CELULAS PROGENITORAS HEMATOPOYETICAS DE ORIGEN HUMANO)</small>	<input type="text"/>																									

3.- DESCRIPCION DE LO SOLICITADO

Se manda suero humano a los Estados Unidos para el analisis clinico de las alergias.

4.- ADUANA

4.1 ENTRADA

4.2 SALIDA

5.- NOMBRE Y DOMICILIO DEL REMITENTE EN EL EXTRANJERO (INTERNACION)

Allermetrix, Inc., 400 Sugartree Lane, Ste: 510, Franklin, Tennessee 37064 (USA) - Attn: JR Olavarria

6.- NOMBRE Y DOMICILIO DEL REMITENTE EN EL EXTRANJERO (SALIDA)

7.- DOCUMENTOS ANEXOS

* Original del Certifica Sanitario del país de origen, de la sangre, componentes y células progenitoras hematopoyéticas.

* Identificación del firmante de la solicitud (células profesional, pasaporte o credencial de elector).

8.- LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-4-80-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA, SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-001-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL 1888-594-3372, O A LA COFEPRIS DISTRITO FEDERAL AL 50-80-54-40, 41, 47, 74 O DESDE EL INTERIOR DE LA REPUBLICA AL 01-800-420-4224.

DOCUMENTO DE IMPORTACIÓN (REEMPLAZA EL PERMISO PREVIO DE CDC)

El Servicio de Salud Pública de Relaciones Exteriores reglamentos de cuarentena (42 CFR 71.54) regula la importación de agentes etiológicos, huéspedes, y vectores de enfermedades humanas a los Estados Unidos. Un permiso de importación del Servicio de Salud Pública (PHS) de EE UU no es necesario para los elementos no infecciosos (por ejemplo, espécimen fijado en formalina, tejidos o diapositivas), humano u animal, las muestras de diagnóstico, tales como sangre, orina, tejidos en los cuales no hay pruebas o indicación de que dichos materiales contengan un agente infeccioso.

Sangre humana para pruebas de diagnóstico

El paquete incluye _____ muestra de sangre (s) en este envío.

Esta sangre no se conoce o se sospecha que contiene un agente etiológico, huésped, o vector de enfermedad humana.

Las muestras han sido envasadas, etiquetadas y transportadas conforme a todos los reglamentos aplicables.

Firmado: _____

Fecha: ____ / ____ / ____