



PUERTO QUETZAL

ORGANISMO INTERNACIONAL
REGIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA (OIRSA)
SERVICIO INTERNACIONAL DE TRATAMIENTOS CUARENTENARIOS (SITC)
INTERNATIONAL REGIONAL
ORGANIZATION FOR PLANT AND ANIMAL HEALTH (OIRSA)
QUARANTINE TREATMENTS INTERNATIONAL SERVICES (SITC)

00461499

CONSTANCIA DE TRATAMIENTO CUARENTENARIO / PROOF OF QUARANTINE TREATMENT PQ No. **461499**

Lugar y fecha: Document Place and date:	10/10/2017	Fecha inicio tratamiento: Treatment started on date:	10/10/2017	Hora: Time:	12:00 AM	Fecha finalización tratamiento: Treatment ended on date:		Hora: Time:	
☐ Importador / Importer ☒ Exportador / Exporter	Nombre: RAYOVAC GUATEMALA, S.A.								
Tipo de Transporte: Type of Vehicle:	Tipo de Aeronave: Type of Aircraft:	Nombre del Vapor: Vessel Name:							
Placa: Registration plate:	Marcado:	No. de Viaje: Trip No.:							
Origen: Origin:	Procedencia: Point of Departure:	Destino: Destination:							
Tipo de Tratamiento / Type of treatment:	Químico utilizado: Chemical used:	Dosis: Dose:							
Concentración: Concentration:	Temperatura ambiente: Room temperature:	Cantidad de Químico utilizado: Amount of chemical used:							
Volumen tratado: Treated volume:	Tempo de exposición: Exposure period:	Tiempo de aeración: Ventilation period:							
Producto tratado: Product treated:	Fecha y No. orden de tratamiento de Cuarentena: Date and Order No. for quarantine treatment:	Peso / volumen / unidades: Weight / volume / units:							
Observaciones: Observations:		Motivo del tratamiento: Treatment Purpose:							



ORGANISMO INTERNACIONAL REGIONAL DE SANIDAD AGROPECUARIA COMPROBANTE DE PAGO INTERNATIONAL REGIONAL ORGANIZATION FOR PLANT AND ANIMAL HEALTH RECEIPT		PQ No. 461499	
RECIBI DE: RECEIVED FROM: LA CANTIDAD DE: THE AMOUNT OF: EN CONCEPTO DE: FOR: CANCELADO EN: PAID IN:	RAYOVAC GUATEMALA, S.A. VEINTINUEVE CON 38/100 Quetzales CAMIONES (6 equiv a 20") - ASP	POR Q / FOR Q TIPO DE CAMBIO: EXCHANGE RATE:	***29.38 7.34417
EFECTIVO/CASH: ☐ CREDITO/CREDIT: ☒ CHEQUE No./CHECK No.:	BANCO/BANK:		
PUERTO QUETZAL, 10/10/2017	LUGAR Y FECHA / PLACE AND DATE		
JORGE MARIO DE LA CRUZ	FIRMA / SIGNATURE		
NOMBRE COLECTOR SITC / SITC COLLECTOR NAME	SELLO / SEAL		
CANCELA VALOR DE TRATAMIENTO / PAYMENT FOR TREATMENT COST			

ORIGINAL CLIENTE (ADQUIRIENTE)

