Lugar y Fecha

Dr. Pablo Morón

Oficina de Registro de IG y DO

Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación

El que suscribe (completar con el nombre de la persona) con DNI N° (completar con el número) en representación del (completar con el nombre del Consejo o grupo) y en cumplimiento a lo establecido por el artículo (completar con el número que corresponda) de la Resolución N° (completar con el número que corresponda) informa al Organismo que ejerce la autoridad de Aplicación, en carácter de Declaración Jurada, lo siguiente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Establecimiento elaborador o asociación o productor | Comercialización estimada (completar año) | Identificadores asignados (tipo y cantidad) |
| Nacional | Internacional |
| Monto | Destino | Monto  | Destino | Nacional | Internacional |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Sin otro particular, lo saludo atte.