**DECLARACIÓN JURADA – Formulario de Apertura de Marcado o Grabado – Anteojos de Sol y Monturas de Gafas**

**MARCADO GAFAS  
APERTURA**

Señores

Secretaria de Comercio Interior

Dirección Nacional de Reglamentos Técnicos

S\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_D

Ref.: *Res. S.C.I. N° 269/2019*

Buenos Aires,

**FECHA**

Por la presente, y en carácter de **DECLARACIÓN JURADA** la empresa cuya razón social es **RAZÓN SOCIAL**, C.U.I.T. N° **CUIT,** cuya actividad económica primaria es **ACTIVIDAD** **ECONÓMICA** **PRIMARIA**, R.U.M.P. N° **RUMP**, con domicilio legal en **DOMICILIO LEGAL**, Código Postal **CÓDIGO POSTAL**, Correo Electrónico **CORREO ELECTRÓNICO**, representada por **REPRESENTANTE LEGAL**, con D.N.I. N° **DNI**, desempeñando el cargo de **CARGO DEL REPRESENTANTE**, garantizando la veracidad de la información sobre los productos que se detallan seguidamente, se dirige a Uds. con el objeto de informar, conforme lo reglamentado por la Res. S.C.I. N° 269/19, la ausencia o error del marcado o grabado en los productos mencionados, por lo que solicita la autorización para despacharlos para proceder a su correcto marcado.

La empresa se compromete a no transferir ni disponer de la mercadería hasta tanto informe por nota a esta Dirección el cumplimiento de los requisitos del marcado o grabado, dentro de los 30 (treinta) días a partir de la liberación de la mercadería, y a informar si se efectúa un cambio de depósito, dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes de producido.

La información presentada es en carácter de declaración jurada conformada por datos verídicos. Ante cualquier falseamiento, incumplimiento o adulteración de la presente, la empresa será pasible de sanción en el marco del Decreto N° 274/2019 y en sus normas complementarias, modificatorias y accesorias.



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOMICILIO DEL DEPÓSITO:** DOMICILIO | | | | | | **LOCALIDAD:** LOCALIDAD | | | | | |
| **CÓDIGO POSTAL:** CÓDIGO POSTAL | | | | | | **PROVINCIA:** PROVINCIA | | | | | |
| **TELÉFONO:** TELÉFONO | | | | | | | | | | | |
| **MOTIVO POR EL QUE SOLICITA LA APERTURA DE AML:** | | | | | | MOTIVO | | | | | |
| **NÚMERO DE FACTURA O PROFORMA:** FACTURA | | | | | | | | | | | |
| **N°**  **ÍTEM:** | **PRODUCTO:** | **POSICIÓN ARANCELARIA** (a nivel de 12 dígitos/SIM)**:** | **CÓD. DEL PRODUCTO** (coincidente con la factura o proforma y documentación adjunta): | **MARCA:** | **MODELO:** | | **PLANTA PRODUCTORA:** | **MATERIAL CONSTITUTIVO:** | **OTRAS CARACTERÍSTICAS:** | **ORIGEN:** | **CANTIDAD:** |
|  | PRODUCTO | PA | CÓD. DE PROD. | MARCA | MODELO | | RAZÓN SOCIAL:  RAZÓN SOCIAL  DOMICILIO:  DOMICILIO | MONTURA:  MAT.  LENTE:  MAT. | CÓD. ALFANUM. (según Res. N°269/21):  CÓD.  CAT. DE FILTRO SOLAR (sólo lentes de sol):  CAT. FILTRO | ORIGEN | CANT U. MEDIDA |

TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS