**DECLARACIÓN JURADA – Formulario de Apertura de AML – Textil**

**APERTURA**

**TEXTIL**

Señores

Secretaria de Comercio Interior

Dirección Nacional de Reglamentos Técnicos

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

Ref.: *Res. ex D.L.C N° 850/1996* *y Res. S.C.I. N° 549/2021*

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- CUIT -CUIT,** cuya actividad económica primaria es **ACTIVIDAD** **ECONÓMICA** **PRIMARIA**, R.U.M.P. N° **RL-** **RUMP -RUMP-APN-** **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. N° 850/96, la ausencia o error en las etiquetas de los productos mencionados, por lo que solicita la autorización para despacharlos para proceder a su correcto etiquetado.

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 etiquetado, 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:** FACTURA | | | | | | | | |
| **N°**  **ÍTEM:** | **PRODUCTO:** | **POSICIÓN ARANCELARIA** (a nivel de 12 dígitos/SIM)**:** | **CÓD. DEL PRODUCTO** (coincidente con la factura y documentación adjunta): | **MARCA:** | **MODELO:** | **COMPOSICIÓN** (en porcentaje en masa)**:** | **ORIGEN:** | **CANTIDAD:** |
|  | PRODUCTO | PA | CÓD. DE PROD. | MARCA | MODELO | COMPOSICIÓN | ORIGEN | CANT UNIDAD |

TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS