

**MEXPOST**
POSTAL Y TELECOMUNICACIONES**EE90283507 8MX**OFICINA ORIGEN
OFICINA DESTINO

SMP-DCPE-007

REMITENTE (SENDER)Contrato / ID
Nombre / NAME
Calle No. Ext. e Int / ADDRESS
C. P. / CODE POSTAL
Colonia /
Ciudad / CITY
Estado
País / COUNTRY
Correo Electrónico / Email
Teléfono / CONTACT NUMBER

CNA25001

665-9156900

CONAPESCA MAZATLAN

AV. CAMARON SABALO S/N ESQ TEBURON

82100

MAZATLAN

SINALOA

MEXICO

DESTINATARIO (ADDRESSE)Contrato / ID
Nombre / NAME
Calle No. Ext. e Int / ADDRESS
C. P. / CODE POSTAL
Colonia /
Ciudad / CITY
Estado
País / COUNTRY
Correo Electrónico / Email
Teléfono / CONTACT NUMBERPABLO ARTURO LÓPEZ SUÍÑEZ
(PABLO ARTURO LÓPEZ SUÍÑEZ)
Estado
País / COUNTRY
Correo Electrónico / Email
Teléfono / CONTACT NUMBER

11800

MEXICO

DECLARACIONES (CUSTOM DECLARATIONS)

Contenido / CONTENTS

☐ Documento
☐ Mercancía
☐ Muestras
☐ Regalos
☐ Mercancías en devoluciónDescripción de contenido /
DETAILED DESCRIPTION OF EACH PIECECantidad
QUANTITYValor
VALUE

Documentos adjuntos / DOC ATTACHED:

☐ Factura
☐ Certificado de Origen
☐ LicenciaPeso (Kg)
WEIGHTCódigo Armon
HSPaís de Origen
COUNTRY
OF ORIGIN**DATOS DEL ENVÍO / ACCEPTANCE INFORMATION**Peso Kg / WEIGHT
Peso volumétrico
DimensionesPorte / POSTAL FEES
Seguro / INSURANCE
No. de Factura / INVOICE
Embalaje
Fleje /
Acuse de recibo /
Forma de pago /
Subtotal /
IVA / TAX
Total / TOTAL**ENTREGA (DELIVERY INFORMATION)**

Mensajero, clave y firma

1er aviso fecha

2do aviso fecha

Ventanilla fecha

Referencias en entregas

Fecha y hora de entrega / DELIVERY DATE AND TIME

Nombre y firma de la persona que recibe / PERSON
NAME AND SIGNATURE

Certifico que la información dada en la presente declaración de aduana es exacta y que este envío no contiene ningún objeto peligroso o prohibido por la legislación o por la reglamentación postal o aduanera. (I certify that the particulars given in this custom declaration are correct and that this item does not contain any dangerous article or articles prohibited by legislation or by postal or customs regulations).

Nombre y firma del remitente / SENDER
SIGNATUREOficina de Origen / ACCEPTANCE OFFICE
Fecha y hora de depósito / DATE AND TIME
Elaboró (Nombre y firma del empleado)

Instrucciones

Causal de devolución

- ☐
- DOMICILIO INSUFICIENTE.
-
- ☐
- DESCONOCIDO EN EL DOMICILIO.
-
- ☐
- NO RECLAMADA (TÉRMINO DE LEY).
-
- ☐
- REHUSADA POR EL INTERESADO.
-
- ☐
- CAMBIO DE DOMICILIO.
-
- ☐
- FALLECIO.

AV. CEYLAN No. 468 COSMOPOLITA MÉXICO, D.F.
CALL CENTER 01 800 701 7000
www.correosdemexico.gob.mx

cliente

**EE90283507 8MX**