



COMITÉ DE SANIDAD ACUICOLA
DEL ESTADO DE TAMAULIPAS, A.C.

SOLICITUD DE SIEMBRA DE ORGANISMOS

FOLIO: (***)
FECHA:

GRANJA:
NOMBRE DEL SOLICITANTE: PUESTO:
HECTAREAS DE ENGORDA: SUPERFICIE:

DOMICILIO: TELEFONO:

NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA UNIDAD DE PRODUCCION ACUICOLA:

TIPO DE CULTIVO:

INTENSIVO	SEMI-INTENSIVO	EXTENSIVO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESPECIE:	CANTIDAD A SEMBRAR:	DENSIDAD		CICLO:	
		MIN.	MAX.	1°	2°
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SUPERFICIE A SEMBRAR:(HAS) IDENTIFICACION DE ESTANQUES A SEMBRAR (N°)

FECHA DE SIEMBRA:

LABORATORIO DE ORIGEN:

*** USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE SANIDAD ACUICOLA DE TAMAULIPAS.
VIGENCIA POR 30 DIAS

SOLICITANTE
(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

RECIBIO
(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)