

**Carga SNP sujeta a contribución
Formulario de declaración de cantidad nula**

que se presentará al Secretario General del OMI

ESTADO _____

AÑO _____

Ninguna persona o grupo de personas asociadas en el Estado arriba mencionado ha recibido carga SNP sujeta a contribución durante el año arriba indicado.

Nombre del ministerio u organismo gubernamental

Calle

Ciudad

Código Postal

Teléfono

Facsímil

FIRMA DEL FUNCIONARIO DEL GOBIERNO

Firma

Fecha

Nombre

Cargo

Teléfono

Facsímil

Correo electrónico

SELLO