



REPUBLICA DE GUATEMALA
MINISTERIO DE AGRICULTURA, GANADERIA Y ALIMENTACION
VICEMINISTERIO DE SANIDAD AGROPECUARIA Y REGULACIONES
DIRECCION DE SANIDAD ANIMAL ZOO - 05 - E - 003
PROGRAMA DE CONTROL Y ERRADICACION DE PESTE PORCINA CLASICA (OIRSA/MAGA)



REGISTRO DE DISTRIBUIDORAS Y FARMACIAS VETERINARIAS

FORM.PREFIP-07 N° _____

A. IDENTIFICACION Y UBICACION DEL ESTABLECIMIENTO

1. Nombre del Establecimiento _____ 2. Categoría: Distribuidora Farmacia
3. Ubicación: Departamento _____ Municipio _____
Aldea _____ Caserío _____ 4. Coordenadas: V _____ H _____

B. IDENTIFICACION DE PROPIETARIO, GERENTE, RESPONSABLE TECNICO O REGENTE.

5.Nombre de la persona	6. Posición	7. Profesión	8. Teléfono	9. Dirección

C. IDENTIFICACION DE VENDEDORES O DEPENDIENTES

10. Nombre de la persona	11. Nivel Educativo	12. Años Experiencia	13. Dirección

D. BIOLÓGICOS PARA CERDOS QUE SE DISTRIBUYEN O VENDEN

14.Nombre del biológico	15.Tipo de biológico	16. Importador	17.País de Origen	18. Venta Prom. Anual

E. NOMBRES DE LOS MEJORES CLIENTES QUE POSEEN CERDOS

19. Nombre de la persona	20. Dirección

F. DISPONIBILIDAD PARA COOPERAR CON EL RESPONSABLE

21. Existe disponibilidad por el propietario, gerente, regente a colaborar con el proyecto: Si No
22. Existe disponibilidad de los vendedores o dependientes a colaborar con el proyecto: Si No
23. El personal está dispuesto a participar en eventos de capacitación: Si No ¿Cuántos? _____

G. RESPONSABLE DEL LLENADO Y FECHA

24. Nombre del Responsable _____ 25. Fecha ___ / ___ / ___.