

Se vanse emitir por: ☐ Transferencia ☐ Dinero ☐ Aportación ☐ Sin Aportación

DATOS DEL ORDENANTE / SOLICITANTE:

Cuenta N°: 000-2650540 Nombre o Razón Social: NORDIC PHARMACEUTICAL COMPANY SAC
Dirección: JR PATRICIO IRIARTE 279 URB SANTA CATALINA LA VICTORIA
Contacto: ALEIDA LANDA SIERRA Teléfono: 987 503 303 Fax: 612-7280
E-Mail: anda@nordicperu.com importaciones@nordicperu.com importaciones1@nordicperu.com

DATOS DEL BENEFICIARIO / PROVEEDOR:

Razón Social: ACULIFE HEALTHCARE PRIVATE LIMITED
Dirección: COMMERCE HOUSE -V. BESIDES VODAFONE HOUSE, PRAHLAD NAGAR CORPORATE ROAD, AHMEDABAD - 380051
Ciudad/País: GUDARAT, INDIA E-Mail: akankumarkoppaka@aculife.co.in
Contacto: Kiran Kumar Koppaka / Cel +91 91609 98228 Teléfono: Fax:

INFORMACIÓN SOBRE LA VALIDEZ DE LA CARTA DE CREDITO

Valido hasta: días de la emisión 0 Fecha Fija: 30 / 3 / 2024

INFORMACIÓN SOBRE EL IMPORTE DE LA CARTA DE CREDITO

Moneda: U.S. Dollars Importe: 93,550.00 Tipo de Importe: ☐ Fijo ☐ Con Tolerancia: 10 % más 10 % menos
☐ Hasta (Up to)

Importe en letras: NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA CON 00/100 DOLARES AMERICANOS

FORMA DE PAGO AL BENEFICIARIO (UTILIZACIÓN):

☐ Adelantado ☒ A Pazo: 93,550.00
☐ A la Vista Pago Diferido Período a: 90 días de Fecha de Embarque
Número de Cuentas/Vencimientos:

Asientos del Exterior por cuenta del: ☐ Ordenante ☐ Beneficiario

EMBARQUE Y TERMINOS DE FACTURACION:

Via de transporte: ☒ Marítima ☐ Aéreo ☐ Terrestre ☐ Multimodal
☒ FOB ☐ CFR ☐ CIF INCOTERMS 2000
☒ FCA ☐ CPT ☐ CIP
☐ Dto: FAS

Desde (Puerto / Aeropuerto / Lugar): ANY AIRPORT / PORT INDIA
Hasta (Puerto / Aeropuerto / Lugar): CALLAO AIRPORT / PORT PER
Última Fecha de Embarque (Opcional): 4/30/2024
Embarques Parciales: Permitidos
Transbordos: Permitidos

onal) Banco sugerido para avisar la carta de crédito: ICICI BANK LIMITED

CADENIA - DESCRIPCION (Favor mencionar el origen de la Mercadería)
ZOLID (LINEZOLID 200MG/100ML) SPP, C/J X 1 A - FOB PER PACK: USD 2.70

DOCUMENTOS REQUERIDOS (Especificar Cantidad de Documentos - Originales y Copias)

3 Factura comercial
3 Conocimiento de Embarque "limpio", consignado a la orden del Scotiabank Perú S.A.A., notificar a NORDIC PHARMACEUTICAL CO SAC
indicando: ☒ Flete Pagadero en Destino ☐ Flete Prepagado
1 Guía Aérea consignada al Scotiabank Perú S.A.A., con notificación a nosotros indicando:
☒ Flete Pagadero en Destino ☐ Flete Prepagado
3 Certificado de Origen emitido por
Lista de Empaque
Certificado emitido por
Otro: CERTIFICADO DE ANALISIS DE PRODUCTOS POR LOTE
Certificado o Póliza de Seguro con cobertura a todo riesgo por el 110% del Valor CIF/CIP, endosada a favor del Scotiabank Perú S.A.A.
Los documentos deben ser remitidos al Scotiabank Perú S.A.A., vía Courier.

DOCUMENTOS Y/O CONDICIONES ESPECIALES:
K LIMITED // ACCOUNT NUMBER OF BENEFICIARY: 002405020761
DE: ICICINBBCTS

SCOTIABANK PERU S.A.A.
MESA DE PARTES WHOLESALE BANKING TORRE CORPAC
(No Se Sirve Conformidad)
14 MAR 2024
RECIBIDO