

SOLICITUD PARA LICENCIA DE SERVICIO DE ALIMENTOS

Del Condado de Tillamook

Establishment ID _____ Owner ID _____
Solo para Uso de Oficina

Tipo de Establecimiento: B & B Restaurante Unidad Móvil Comisario Almacén
Solicitud de: Construcción Nueva Remodelación Nuevo Dueño Licencia

INFO DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del Establecimiento: _____
Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal): _____
N ° de teléfono: _____ N ° de Fax: _____
Dirección del Comisario/Almacén (solamente unidades móviles): _____
Fecha Propuesta de Apertura: _____ Número de asientos: _____
¿Previamente autorizado esta facilidad por el Centro de Salud Comunitaria de Tillamook (Tillamook CHC)? Sí No
En caso afirmativo, Nombre Anterior del Establecimiento: _____ Fecha en que se Cerró: _____

INFO DE L DUEÑO

Nombre del Propietario: _____
Dirección de Correo (Ciudad, Estado, Código Postal): _____
N ° de teléfono: _____ N ° de celular: _____
N ° de Fax: _____ Correo Electrónico: _____
¿Es Dueño de Otros Establecimientos (actualmente o previamente autorizados por Tillamook CHC)? Sí No
Nombre del Establecimiento: _____

POR FAVOR, MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:

REVISIÓN DE PLANES:

Construcción Nueva \$250.00 Remodelación \$100.00 Unidad Móvil \$125.00 N/A

RESTAURANTES: N° de asientos

<input type="checkbox"/> 0-15..... \$552.67	<input type="checkbox"/> B & B..... \$419.74
<input type="checkbox"/> 16-50..... \$629.62	<input type="checkbox"/> UNIDAD MÓVIL (de clase 1, 2, 3).. \$253.96
<input type="checkbox"/> 51-150..... \$713.56	<input type="checkbox"/> UNIDAD MÓVIL (de clase 4)..... \$300.00
<input type="checkbox"/> 151+ \$783.53	<input type="checkbox"/> COMISARIO \$251.85
<input type="checkbox"/> Servicio Limitado \$314.81	<input type="checkbox"/> COMISARIO (Solamente Lavaplatos). \$147.99
	<input type="checkbox"/> ALMACÉN..... \$174.90

Por la presente se hace esta aplicación para manejar el establecimiento anterior conforme a las disposiciones de los Estatutos Revisados de Oregón, capítulo 624 y las Normas Administrativas del Departamento de Servicios Humanos con arreglo al mismo. El pago de \$_____ por el costo de la licencia (**no es reembolsable**) se hace con en el entendimiento de que si no se cumplen los requisitos de los Estatutos Revisados de Oregón, capítulo 624 y el Departamento de Servicios Humanos requiere negación o revocación de la licencia. **Las licencias no son transferibles.** Toda la información proporcionada es una cuestión de Dominio Público.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Enviar solicitud y cheque a nombre de:
Tillamook CHC Environmental Health
PO Box 489
Tillamook, OR 97141

Fee Received by: _____ Fee: _____ Chk #: _____ Date: _____
Solo para Uso de Oficina