

# Servicios de Salud Ambiental



## Aplicación de Licencia para Restaurante y Bed & Breakfast

<b>Número asignado a las Instalaciones:</b>	
<b>Nombre de las Instalaciones:</b>	
¿Son estas nuevas instalaciones y localidad del Restaurante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Apertura bajo nuevo propietario(a):
¿Han recibido previamente una licencia estas instalaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de última operación por el propietario(a) anterior:
Nombre que tenían antes las Instalaciones:	¿Es usted propietario(a) de otras instalaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección física de las instalaciones (número, calle, ciudad, estado, zona postal):	
Nombre del propietario(a) [individuo(s)]:	Nombre de la Corporación:
Nombre a quién cobrar la facturación:	
Dirección para facturación (número, calle, ciudad, estado, zona postal):	
Dirección de la casa del propietario(a) (número, calle, ciudad, estado, zona postal):	
Número telefónico de la casa del propietario(a):	Número telefónico de las instalaciones:
Número telefónico de la oficina del propietario(a):	Número de FAX de las instalaciones:
Número telefónico del celular del propietario(a):	E-mail:
<p>La aplicación es por lo tanto aquí hecha para operar las instalaciones mencionadas arriba en conformidad con las provisiones de los Estatutos Revisados de Oregon, Capítulo 624, y las Reglas Administrativas de la División de Salud Estatal de Oregon pertenecientes a ella. El pago de la tarifa \$_____ por la licencia se hace aquí con el entendimiento de que si se falla en alcanzar los requerimientos de los Estatutos Revisados de Oregon, Capítulo 624, y las Reglas Administrativas de la División de Salud Estatal de Oregon, se requiere la negación o revocación de la licencia. Toda la información contenida en este registro es pública.</p> <p>* Favor de referirse a la lista de tarifas o llame a nuestra oficina para información referente a la tarifa para Revisión del Plan.</p>	
Hacer el cheque a nombre de: <b>Multnomah County Environmental Health Services</b>	
<b>Firma del Aplicante:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____
<b>APLICANTE: NO ESCRIBA MÁS A PARTIR DE AQUÍ</b>	
Fee Received:	Date:
Check #:	Cash:
Verify if the facility belongs to a chain. If yes, Name of chain:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No