

Servicios de Salud Ambiental



Aplicación de Licencia para Restaurante y Bed & Breakfast

Número asignado a las Instalaciones:

Nombre de las Instalaciones:

¿Son estas nuevas instalaciones y localidad del Restaurante?
 Sí No

Fecha de Apertura bajo nuevo propietario(a):

¿Han recibido previamente una licencia estas instalaciones?
 Sí No

Fecha de última operación por el propietario(a) anterior:

Nombre que tenían antes las Instalaciones:

¿Es usted propietario(a) de otras instalaciones?
 Sí 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:

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.

* Favor de referirse a la lista de tarifas o llame a nuestra oficina para información referente a la tarifa para Revisión del Plan.

Hacer el cheque a nombre de: **Multnomah County Environmental Health Services** (O pague por teléfono)

Firma del Aplicante: _____ **Fecha:** _____

APLICANTE: NO ESCRIBA MÁS A PARTIR DE AQUÍ

Fee Received:

Date:

By:

Check #:

Cash:

Verify if the facility belongs to a chain.
If yes, Name of chain:

Yes

No