



CIUDAD DE PLYMOUTH

Solicitud de Licencia Comercial

NUEVOS NEGOCIO:___ CAMBIO DE DOMICILIO:___ CAMBIO DE TITULARIDAD:___

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

DUEÑO DEL NEGOCIO: _____

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: _____

CIUDAD:_____ ESTADO:_____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE LA EMPRESA #: _____ CORREO ELECTRÓNICO DE LA EMPRESA: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

TIPO DE NEGOCIO DESCRIBA BREVEMENTE: _____

LICENCIA DEL ESTADO DE CA #: _____ TIPO: _____

NÚMERO MEDIO DE EMPLEADOS: ___ EMPLEADOS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO: TIEMPO COMPLETO: ___ TIEMPO PARCIAL: ___

CONFIDENCIAL:

PROPIETARIO/DIRECTOR EJECUTIVO DEL NEGOCIO: _____

NOTIFICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL PROCESO: _____

TELÉFONO #: _____

LICENCIA DE CONDUCIR # U OTRA IDENTIFICACIÓN: _____ ESTADO: _____ LA FECHA DE CADUCIDAD: _____

IDENTIFICACIÓN FEDERAL # (FEIN) : _____ ESTADO DE CALIFORNIA. Documento de identidad# (SEIN): _____

_____ PERMISO DE VENDEDOR DE CA #: _____

CERTIFICACIÓN

Yo, _____, DECLARAR BAJO PENA DE PERJURIO, QUE YO SOY EL
() PROPIETARIO, () SOCIO, () FUNCIONARIO DE LA CORPORACIÓN, DE LA EMPRESA ANTES MENCIONADA, Y QUE LAS RESPUESTAS AQUÍ
DADAS SON VERDADERAS Y CORRECTAS.

FECHADO: _____ (FIRMA) _____ (TÍTULO)

ORGANIZACIÓN SIN FINES DE LUCRO: () SÍ () NO

¿LA EMPRESA PROPORCIONARÁ SERVICIO DE COMIDA O SERVICIOS DE ARTE CORPORAL? _____

SOLO PARA USO EN OFICINA

APROBADO: _____

RECIBO

FECHA: _____

CHEQUE #/CC REF #/EFECTIVO: _____

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: _____

TARIFA DE LA CIUDAD: _____

§ 4 FONDO ROTATORIO DE ACCESO Y EDUCACIÓN PARA DISCAPACITADOS OBLIGATORIO POR EL ESTADO SB-1186 - TARIFA ESTATAL: _____

COPIA DEL PERMISO DE VENDEDOR: ___ COPIA DEL CERTIFICADO DE SALUD AMBIENTAL: ___

TOTAL: _____

FECHA: _____

INICIALES DEL PERSONAL: _____