



NOTIFICACIÓN DE CIERRE DE NEGOCIO

Escriba o imprima claramente. Los formularios incompletos no serán procesados.
Entregue el formulario completo en persona o envíelo a: environmentalhealth@snhd.org

Yo _____, el dueño oficial persona autorizada*
Nombre

de _____ para _____
Nombre del Negocio/Corporación Nombre de la Instalación

localizado en _____
Dirección Ciudad Código Postal

solicito la eliminación del/de los siguiente(s) permiso(s): *(adjunte una página adicional si requiere más espacio)*

# Permiso (PRXXXXXXX)	Nombre del Permiso	# Permiso (PRXXXXXXX)	Nombre del Permiso
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

El negocio ha:

Cerrado a partir de: _____
Fecha

Sido vendido a: _____
Nombre del Nuevo Dueño Teléfono Correo Electrónico

Todas las facturas pendientes deben pagarse antes de la eliminación del permiso.

Firmado

Titulo

Teléfono

Correo Electrónico

Fecha

* Por favor tome en cuenta: Un individuo que actúa por parte de una compañía como persona autorizada, debe proporcionar una carta de autorización en papel membretado de la compañía o una carta notariada firmada por el dueño(a)/oficial al tiempo en que se entrega esta notificación.

