



Informe de inspección antes de la apertura del
Servicio de Alimentos
Salud Ambiental

Nombre del negocio: _____ Teléfono del negocio: _____

Dirección del negocio: _____

Especifique qué dirección usar para enviar su licencia por correo: Dirección del Negocio
 Dirección del dueño

Nombre del dueño:: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Celular: _____

Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Celular: _____

Fecha propuesta para la inspección: _____

Fecha propuesta de apertura: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Tarifas: Restaurante u otro Servicio de Alimentos, consulte la hoja de actualizada de tarifas (adjunta)

Por favor emitir los cheques a nombre de: **Benton County Health Department**
Environmental Health Division
PO Box 3020
Corvallis, OR 97339-3020

Preguntas: 541-766-6841

Solo para uso de la oficina

Fee Received: _____ Receipt #: _____ Date: _____ Paid By: _____

Method of Payment: Check #: _____ Cash Visa/Mastercard