

City Of Mattawa

P.O. BOX 965
MATTAWA, WA 99349
(509) 932-4037

NOMBRE COMERCIAL DEL USO DEL PERMISO DE LA OCUPACION DEL NEGOCIO

Nombre del Negocio _____ Numero De Impuesto# _____

Day Care License # _____
(Please attach a copy)

Dirreccion De Calle _____ Telefono _____

Nombre De Duenos: _____ Telefono _____

Direccion De Envio _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Persona De Contacto Despues De Horas De Trabajo _____ Telefono _____

2do Persona de Contacto _____ Telefono _____

Si establecimiento de alimento proporciona a Grant Salud Distrito Alimento Servicio permiso # _____

Descripción del Negocio (Sea específico)

Firma del Propietario o Agente Autorizado

Fecha

Fee Schedule:

Solo Negocio: _____ \$ 50.00 debido anualmente el 31 de Enero

Additional Business

Separate Location: _____ \$ 50.00 debido anualmente el 31 de Enero .

Multiple Business

Same Location: _____ \$ 50.00 1ST & \$25.00 cada uno. Adicional el 31 de enero debido anual.

Reemplazo de licencia: \$15.00

PARA EL USO DE LA OFICINA: LICENSE # _____ LICENSE FEE: _____

RECEIPT # _____ DATE PAID: _____

FIRE AND SAFETY INSPECTION _____

FIRE REP. SIGNATURE _____

LOCAL FIRE DEPT. _____

