



# Aplicación de Licencia de Venta Minorista de Tabaco Para la venta de productos de tabaco en el condado de Klamath

Nueva Licencia de Venta Minorista de Tabaco

Renovación de Licencia de Venta Minorista de Tabaco

Cambio de propietario – Nombre comercial anterior: \_\_\_\_\_

**Nombre del Negocio:** \_\_\_\_\_

**Propietario/Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_

Es dueño de otros establecimientos con licencia del Departamento de Salud?  Yes  No

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Número de teléfono del propietario #: \_\_\_\_\_ Número de celular #: \_\_\_\_\_

Correo electrónico principal: \_\_\_\_\_

**Ubicación física del negocio:** \_\_\_\_\_

Dirección para correo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del negocio #: \_\_\_\_\_

Horario del negocio: \_\_\_\_\_

Tipos de productos de tabaco vendidos:  Cigarrillos  Tabaco sin humo  Cigarros grandes

Cigarros pequeños/Cigarrillos  Sistemas de administración de inhalantes (Cigarrillos electrónicos, Vapor)

Dispositivos que pueden usarse para entregar productos de tabaco  Otro: \_\_\_\_\_

Número de cajas registradoras: \_\_\_\_\_

Lenguaje preferible  Ingles  Español  Otro: \_\_\_\_\_

**Envíe la solicitud y el pago a:**  
Klamath County Public Health  
3314 Vandenberg Road  
Klamath Falls OR 97603

Acepto operar el negocio en conformidad con todas las leyes locales, estatales y federales de venta de tabaco. Entiendo que el incumplimiento de los requisitos de la Ordenanza 90.00 del Condado de Klamath puede resultar en la denegación de una licencia de venta minorista de tabaco, multas, suspensión o revocación de la licencia. Entiendo que es mi responsabilidad que todos los empleados hayan sido entrenados en la leyes aplicables relacionadas con el comercio minorista de tabaco. Al firmar esta solicitud, acepto que la información proporcionada en este formulario es precisa.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_