



Brazos County Health District
201 N Texas Ave
Bryan Texas 77803-5317
(979) 361-4450
UNIDAD MÓVIL



Solicitud de permiso para 2020

PERMISO #: MU-\_\_\_\_\_

Tarifa de permiso: \$500.00

Tarifa por pago atrasado: \$0.00

Tarifas adicionales: \$0.00

TARIFA(S) EN TOTAL: \$500.00

POR FAVOR DE CORREGIR/LLENAR Y REGRESAR CON LA TARIFA REQUERIDA

NOBRE DEL ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

Domicilio de operación: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

DUEÑO: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Centro de preparación: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Gerente de alimentos certificado: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Horas de operación: \_\_\_\_\_

Locaciones donde la unidad va a operar: \_\_\_\_\_

INFORMACION DEL VEHICULO

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Color: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_ VIN: \_\_\_\_\_

NUMERO DE EMPLEADOS ACUALES/ANTICIPADOS \_\_\_\_\_ (incluyendo gerencia)

Operando un establecimiento sin un permiso ACTUAL o inspección de abertura es en violación de las regulaciones de la ciudad o del condado. Acción legal o clausura puede ser impuesto a tal operación.

Estoy familiarizado con la ley del estado (TFER) requiriendo que todos los establecimientos de alimentos móviles operen de un centro de preparación aprobado y que todas las unidades móviles regresen diario a tal locación para limpieza del vehículo y equipo, descarga de residuos líquidos o sólidos, rellenar tanques de agua y contenedores de hielo y embarque de alimento. Yo también entiendo que preparación en casa y almacenamiento de alimento o limpieza de equipo o utensilios utilizados en esta operación móvil es prohibido y sujeto a penalizaciones, multas y pérdida de licencias.

POR LA PRESENTE CERTIFICO HE LEÍDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DE ESTA SOLICITUD/PERMISO.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

-----SOLO PARA USO DE OFICINA-----

DATE PAID \_\_\_\_\_ RECEIPT# \_\_\_\_\_ CHECK# \_\_\_\_\_ CASH \_\_\_\_\_ CREDIT/DEBIT \_\_\_\_\_

RENEWAL

NEW OWNER

NAME CHANGE

NEW ESTABLISHMENT