

预防与健康促进

烟草零售许可证延续申请

- 新许可证 — 开业日期：____/____/____
月 日 年
- 现行业务，新店主 — 生效日期：____/____/____
月 日 年
*必要的所有权变更证据

Office use only (工作人员填写):

Facility # (设施编号): _____

业务信息 (请打印或输入)

业务名称：_____

您是否变更了业务名称： 是 否

业务电子邮箱：_____ 业务电话：_____

业务网址：_____

营业时间：_____

地址 (第 1 行)：_____

地址 (第 2 行)：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____

年度烟草总销售额： \$0-\$100,000 \$100,001-\$249,000 \$250,000-\$399,999

\$400,000 - \$699,000 \$700,000 及以上

员工人数： 1-4 5-9 10-24 25-99 100-249 250+

业务类型 (勾选所有适用项)

酒吧/餐馆 便利店 加油站 杂货店 酒品店 药店

烟草店 蒸汽烟商店 其他：_____

所售产品 (勾选所有适用项)

香烟 小雪茄 大雪茄 无烟烟草 松散烟草 雪茄皮

电子烟/尼古丁蒸汽产品 水烟或阿拉伯水烟 其他产品：_____

零售业主

名字：_____ 中间名：_____ 姓氏：_____

组织机构名称：_____ 业务电话：_____

地址 (第 1 行)：_____ 手机：_____

地址 (第 2 行)：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____

电子邮箱：_____ 首选联系方式：_____

请填写以下部分帮助姆尔特诺默县 (Multnomah County) 为零售商群体提供服务。

首选语言： 英语 韩语 中文 俄语 索马里语 西班牙语 越南语

其他：_____

您的种族或起源是什么？请在所有合适的选项上打勾。

非洲人 拉丁美洲人/西班牙裔 夏威夷原住民或太平洋岛民 黑人/非裔美国人 斯拉夫人

亚洲人 中东人 美洲原住民或阿拉斯加原住民 白人 拒绝回答 其他：_____

预防与健康促进

申请人 与零售业主为同一人

名字：_____ 中间名：_____ 姓氏：_____
组织机构名称：_____ 业务电话：_____
地址（第 1 行）：_____ 手机：_____
地址（第 2 行）：_____
城市：_____ 州：_____ 邮编：_____
电子邮箱：_____ 首选联系方式：_____

账单联系人 与零售业主为同一人

名字：_____ 中间名：_____ 姓氏：_____
组织机构名称：_____ 业务电话：_____
地址（第 1 行）：_____ 手机：_____
地址（第 2 行）：_____
城市：_____ 州：_____ 邮编：_____
电子邮箱：_____ 首选联系方式：_____

确认书

每一份对烟草零售许可证的申请都应包含一份签了名的确认书，确认该零售业主已被告知《穆鲁玛郡法典》第 21.564 节中有关烟草零售许可证的法律内容。每一个可供进行烟草产品零售或交易的地点都需要签署一份确认书。零售业主有责任确保所有参与烟草产品销售的员工和零售联营商都已被告知有关该许可证的所有联邦、州和当地的烟草零售法律并已接受相关培训，以遵守这些法律。关于联邦、州和当地的烟草零售法律的教育材料已随附此申请表提供给您以供参考。

本人，（正楷书写零售业主的全名）_____，已被告知穆鲁玛郡有关烟草零售许可证的烟草法律内容，并将对所有参与烟草产品销售的员工进行有关这些法律的培训。

零售业主签名

日期

提交申请并交纳 683 美元许可费

（需要填妥的申请并付款，才能处理申请）

邮寄： 将填妥的申请表连同一张金额为 \$683 的支票或汇票邮寄至：

Tobacco Control and Prevention Program, ATTN: TRL, 847 NE 19th Ave, Ste 350, Portland OR 97232.

支票支付给： 诺玛县

*办公时间：周一至周五，上午 8:00 至 下午 5:00。在所有主要节假日关闭。

如有任何问题： 请拨打电话 503-988-4163 联系我们或访问 mhealthinspect.org。