



Departamento de Salud del Condado de St. Joseph

Aplicación para Camión Móvil de Comida (CMdC)

Nombre del CMdC: _____ Fecha de solicitud: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Persona de contacto: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Nombre del Negocio: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Información CMdC

Marca del Camión Móvil: _____ Modelo: _____

Color: _____ # Matrícula (Placa): _____ Estado: _____

Dirección donde se almacenará la unidad móvil: _____

Comisario

Nombre del Comisario: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de permiso de comisario: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor consulte el programa de tarifas en la parte inferior de la solicitud. No se aceptan tarifas después de las 4:00p.m. Nuestra oficina aceptará efectivo, cheques comerciales, giros postales, cheques de caja y Visa/MasterCard.

For Office Use Only!

Date Paid: _____ Opening Date: _____

Total Amount Paid: \$ _____ Permit(s) received on: _____

Transaction #: _____ Department Employee: _____

Permit #: _____

Establecimiento móvil de comida Solo dispensación	\$325.00 por unidad
Establecimiento móvil de comida preparación en la unidad	\$375.00 por unidad