

**DIVISION OF HEALTH INSPECTIONS PROCEDURES FOR OBTAINING A MOBILE PERMIT
(PLEASE READ CAREFULLY AND IF YOU ARE UNSURE PLEASE INQUIRE)
PROCEDIMIENTOS DE LA DIVISIÓN DE INSPECCIONES DE SALUD PARA OBTENER UN PERMISO DE UNIDADES
MÓVILES (LEA ATENTAMENTE Y PREGUNTE SI TIENE DUDAS)**

In order to obtain a Mobile Food Health Permit from the Inspectional Services Department the following documents must be submitted prior to the inspection. Inspections **CANNOT** be performed if information is incomplete and not submitted prior to inspection.

A fin de obtener un permiso sanitario para unidades móviles de alimentos del Departamento de Servicios de Inspección, se deberán presentar los siguientes documentos antes de la inspección. Las inspecciones **NO PUEDEN** hacerse si la información está incompleta y no fue presentada antes de la inspección. Si usted vende alimentos en la Ciudad de Boston, es posible que tenga que dirigirse a la Jefatura de Policía en 1 Schroeder Plaza Boston, MA 02120, (617-343-4425) para verificar dónde puede vender. (ALGUNAS ÁREAS ESTÁN RESTRINGIDAS).

If you are a mobile food walk on truck you are required to contact Office of Economic Development Boston City Hall, 1 City Hall Plaza, Rm. 603, Boston, MA, 02201. 617- 635-1456

Si usted tiene un camión que usa como puesto de comida móvil, deberá consultar a la Oficina de Desarrollo Económico en el Ayuntamiento de la Ciudad de Boston, 1 City Hall Plaza, sala 603, Boston, MA, 02201 (617-635-1456).

If you are not at a permanent location, you must obtain a Hawkers and Peddlers license from the Division of Standards, One Ashburton Place, Rm. 1115, Boston, MA 02108. 617-727-3480

Si no tiene un lugar permanente, deberá obtener una licencia "Hawkers and Peddlers" de la División de Estándares, One Ashburton Place, sala 1115, Boston, MA 02108 (617-727-3480).

If you are vending on a public property, you must obtain a permit from the Department of Public Works, Anne McNeil, 1 City Hall Plaza, Rm. 714, Boston, MA, 02201 617-635-4911.

Si vende en una propiedad pública, deberá obtener un permiso de del Departamento de Obras Públicas, visite a Anne McNeil en 1 City Hall Plaza, sala 714, Boston, MA (02201 617-635-4911).

If you are vending on private property, you must obtain a Use of Premises permit from the Inspectional Services Department, Building Division, 1010 Mass. Ave, 5th Fl., Boston, MA 02118. 617-635-5300.

Si vende en una propiedad privada, deberá obtener un permiso para uso de instalaciones de la División de Construcción del Departamento de Servicios de Inspección, 1010 Mass. Ave, 5.º piso, Boston, MA 02118 (617-635-5300).

If you are vending in a city park, you must obtain a permit from the Parks & Recreational Department, 1010 Mass. Ave, 3rd Fl., Boston, MA 02118. 617-635-4505.

Si vende en un parque de la ciudad, deberá obtener un permiso del Departamento de Parques y Recreaciones, 1010 Mass. Ave. 3.º piso, Boston, MA 02118 (617-635-4505).

You are required to obtain a copy of the Massachusetts Sanitary Code 105CMR 590.000 and the 1999 Federal Food Code. These can be obtained at the State House Bookstore, RM 116, and 617-727-2834.

Debe obtener una copia del Código Sanitario 105CMR 590.000 de Massachusetts y del Código Federal de Alimentos de 1999. Puede obtener estas copias en la Librería de la Legislatura, State House, Sala 116, y llamando al 617-727-2834.

New mobile food units must submit plans for approval by the Health Division before you obtain a Health Permit. Plans are reviewed by appointment only. You can do this by calling Thomas McAdams at 617-961-3293.

Las nuevas unidades móviles de alimentos deben presentar sus planes para que la División de Salud los apruebe antes de obtener el permiso sanitario. Los planes se revisan únicamente con cita. Puede hacerlo llamando a Thomas McAdams al 617-961-3293.

All mobile food units or pushcarts shall operate from a fixed licensed food establishment and shall report twice daily to such location for all food and supplies and for all cleaning and sanitizing units and equipment. You must provide a letter on their letterhead stating you have permission to perform these duties from their establishment along with a copy of their permit. Todas las unidades o carros móviles de alimentos deberán operar desde un establecimiento de alimentos autorizado y rendir cuentas ante dicho establecimiento dos veces al día por todos los alimentos y suministros, y por todas las unidades y equipos de limpieza e higiene. Usted deberá presentar una carta con el membrete del establecimiento en la que manifieste que tiene permiso para realizar estas tareas en ese lugar y acompañar la carta con una copia del permiso.

If you sell potentially hazardous foods, you are required to have a full time on site certified food protection manager assigned to the mobile food operation. Please ask for course package. These courses are not offered by the City of Boston but through private consultants.

Si vende alimentos potencialmente peligrosos, deberá contar con un gerente de protección de alimentos certificado a tiempo completo que haya sido designado para controlar las unidades móviles de alimentos. Solicite el paquete de los cursos. Estos cursos no los ofrece la Ciudad de Boston, sino consultoras privadas.

You must complete a Health Division application and provide the required documents and licenses at the time of your inspection. Inspections are performed at 1010 Massachusetts Ave, Monday – Friday from 8am – 9:30am. Mobile Food permits fees are \$100 per unit and \$30 each if you sell milk or ice cream. If you manufacture frozen dessert from a soft serve machine, the fee is \$100. You are also be required to have a lab that will test your machines once a month and submit those reports to the Health Division. **No application will be excepted if the Tax ID # is blank.**

Debe completar una solicitud de la División de Salud y proporcionar los documentos y licencias requeridas al momento de la inspección. Las inspecciones se realizan en 1010 Massachusetts Ave., de lunes a viernes de 8:00 a 9:30 a. m. Las tarifas de los permisos para unidades móviles de alimentos cuestan \$100 por unidad y \$30 más por cada una si vende leche o helado. Si prepara postres helados con una máquina que sirve helados, la tarifa es de \$100. También se requiere que un laboratorio analice sus máquinas una vez al mes y presente los informes a la División de Salud. **No se aceptarán solicitudes con el número de identificación de contribuyente en blanco.**

If you are using propane, generators or open flame you are required to contact Boston Fire Department, 1010 Mass. Ave. Boston, MA 02118. Ask to speak with Special Hazards Division, 617-343-3447, to see if a fire inspection and/or permit are needed. If you have an exhaust system you are required to contact Dave Hayes, Fire Marshal's Office at 617-343-2019.

Si usa propano, generadores o llama abierta, deberá comunicarse con el Departamento de Bomberos de Boston, 1010 Mass. Ave. Boston, MA 02118. Pida hablar con la División de Peligros Especiales, 617-343-3447, para saber si necesita una inspección contra incendios y un permiso. Si tiene un sistema de escape, deberá comunicarse con Dave Hayes a la Oficina del Jefe de Bomberos llamando al 617-343-2019.

BOSTON INSPECTIONAL SERVICES DEPARTMENT
 DIVISION OF HEALTH INSPECTIONS 1010 MASSACHUSETTS AVE.
 BOSTON, MA 02118
 Tel (617) 635-5326 Fax (617) 635-5388

Food Establishment Permit Application
 Solicitud de permiso de establecimiento de comidas

FOR BOARD OF HEALTH USE ONLY					
Date Received	Date Inspected	Approved By	Permit # Issued		Fee

1) Establishment Name: 1) Nombre del establecimiento:	
2) Establishment Address: 2) Dirección del establecimiento:	
3) Establishment Mailing Address (if different): 3) Dirección postal del establecimiento (si es diferente):	
4) Establishment Telephone No: 4) Número de teléfono del establecimiento:	
5) Applicant Name and Title : 5) Nombre y cargo del solicitante:	
6) Applicant Address: 6) Dirección del solicitante:	
7) Applicant Telephone No: 7) Número de teléfono del solicitante:	7A) Applicant Email: 7A) Correo electrónico del solicitante:
8) Owner Name and Title (if different from applicant): 8) Nombre y cargo del propietario (si no es el mismo del solicitante):	
9) Owner Address (if different from applicant): 9) Dirección del propietario (si es diferente a la del solicitante):	
10) Establishment Owned By: <input type="checkbox"/> An association <input type="checkbox"/> A corporation <input type="checkbox"/> An individual <input type="checkbox"/> A partnership <input type="checkbox"/> Other Legal entity	11) If a corporation or partnership, give name, title and home address of officers or partners: <u>Name:</u> <u>Title:</u> <u>Address:</u> <hr/> <hr/> <hr/>

10) Establecimiento propiedad de: <input type="checkbox"/> Una asociación <input type="checkbox"/> Una compañía <input type="checkbox"/> Un individuo <input type="checkbox"/> Una sociedad colectiva <input type="checkbox"/> Otra entidad legal	11) Si es una compañía o sociedad, indicar nombre, cargo y dirección residencial de los directivos o socios: <u>Nombre:</u> <u>Cargo:</u> <u>Dirección:</u>
12) Person Directly Responsible for Daily Operations (Owner, Person in Charge, Supervisor, Manager etc.)	
Name & Title : Address: Telephone No: Emergency Telephone No:	Fax:
12) Persona directamente responsable de las operaciones diarias (propietario, persona a cargo, supervisor, gerente, etc.)	
Nombre y cargo: Dirección: Teléfono: Instrucciones telefónicas de emergencia:	Fax:
13) District Or Regional Supervisor (if applicable)	
Name & Title : Address: Telephone No:	Fax:
13) Supervisor distrital o regional (si corresponde)	
Nombre y cargo: Dirección: Teléfono:	Fax:
14) Source of Water: Sewage Disposal:	15) Rubbish Disposal Co. _____ Rendering Co. (For Grease)
14) Fuente de agua: Sistema de drenaje:	15) Compañía de recolección de basura. _____ Compañía prestadora de servicio (para grasa)
16) Days and Hours of Operation:	17) No. of Food Employees
16) Días y horarios de atención:	17) Núm. de empleados del rubro de alimentos
18) Name of Person In Charge Certified in Food Protection Management: <i>Required as of 10/1/2001 in accordance with 105 CMR 590.003(A). Allergen Certification: Yes: _____ No: _____</i>	
18) Nombre de la persona a cargo certificada para el control de la protección de alimentos: <i>Requerido a partir del 10/1/2001 de conformidad con 105 CMR 590.003(A). Certificado de alérgenos: Sí: _____ No: _____</i>	

	<input type="checkbox"/> Preparation of PHFs For Hot And Cold Holding For Single Meal Service	Hot Held for More Than a Single Meal Service
<input type="checkbox"/> Preparation of Non-PHF's	<input type="checkbox"/> Sale of Raw Animal Foods Intended to be Prepared by Consumer	<input type="checkbox"/> PHF and RTE Foods Prepared For Highly Susceptible Population Facility
<input type="checkbox"/> Commercially Pre-Packaged Non-PHF's	<input type="checkbox"/> Customer Self-Service	<input type="checkbox"/> Vacuum Packaging/Cook Chill
<input type="checkbox"/> Reheats Commercially Processed Food for service within 4 hours	<input type="checkbox"/> Ice Manufactured and Packaged for Retail Sale	<input type="checkbox"/> Use Of Process Requiring a Variance and/or HACCP Plan
<input type="checkbox"/> Customer Self-Service Of Non-PHF and Non-Perishable Foods Only	<input type="checkbox"/> Juice Manufactured and Packaged for Retail Sale	<input type="checkbox"/> Offers Raw or Undercooked Food of Animal Origin
<input type="checkbox"/> Delivers Food Within 1 Hour of Variance and/or HACCP Plan Preparation	<input type="checkbox"/> Offers RTE PHF in Bulk Quantities	<input type="checkbox"/> Prepares Food/Single Meals for Catered Events or Institutional Food Service
<input type="checkbox"/> Other (Describe): _____	<input type="checkbox"/> Retail Sale of Salvage, Out-of-Date or Reconditioned Food	
23) Operaciones de comida: (marcar todo lo que corresponda)	Definiciones: <i>Alimentos potencialmente peligrosos (PHF, en inglés) (se requieren controles de vencimientos y temperaturas); alimentos no potencialmente peligrosos (no se requieren controles de vencimientos o temperaturas); alimentos listos para comer (RTE, en inglés) (por ejemplo, sándwiches, ensaladas, panecillos o muffins que no necesitan procesado posterior).</i>	
<input type="checkbox"/> Alimentos no potencialmente peligrosos comercialmente envasados	<input type="checkbox"/> Alimentos no potencialmente peligrosos cocinados en el acto	<input type="checkbox"/> Alimentos no potencialmente peligrosos calientes cocinados, enfriados o recalentados durante más de un servicio de comidas
	<input type="checkbox"/> Preparación de alimentos potencialmente peligrosos para su recalentado o reenfriado para un solo servicio de comida	
<input type="checkbox"/> Preparación de alimentos no potencialmente peligrosos	<input type="checkbox"/> Venta de alimentos crudos de origen animal para que el consumidor los prepare	<input type="checkbox"/> Alimentos potencialmente peligrosos y alimentos listos para comer preparados para instalaciones que sirven a poblaciones altamente susceptibles
<input type="checkbox"/> Alimentos no potencialmente peligrosos comercialmente envasados	<input type="checkbox"/> Autoservicio para los clientes	<input type="checkbox"/> Alimentos envasados al vacío o cocinados y refrigerados (sistema "cook and chill")
<input type="checkbox"/> Alimentos recalentados comercialmente procesados para servir dentro de las 4 horas	<input type="checkbox"/> Producción y envasado de hielo para venta minorista	<input type="checkbox"/> Uso de procesos que requieren una variante o un plan de

		sistemas de análisis de riesgos y puntos críticos de control (HACCP, en inglés)
<input type="checkbox"/> Servicio al consumidor únicamente de alimentos no potencialmente peligrosos y de alimentos no perecederos	<input type="checkbox"/> Producción y envasado de jugo para venta minorista	<input type="checkbox"/> Ofrece alimentos crudos o poco cocidos de origen animal
<input type="checkbox"/> Entrega alimentos dentro de 1 hora con preparación según una variante o plan de HACCP	<input type="checkbox"/> Ofrece alimentos listos para comer o potencialmente peligrosos en grandes cantidades	<input type="checkbox"/> Prepara alimentos o comidas únicas para eventos de catering o servicios de alimentos institucionales
<input type="checkbox"/> Otro (describir): _____ _____	<input type="checkbox"/> Venta minorista de alimentos recuperados, vencidos o reacondicionados	

I, the undersigned, attest to the accuracy of the information provided in this application and I affirm that the food establishment operation will comply with 105 CMR 590.000 and all other applicable law. I have been instructed by the board of health on how to obtain copies of 105 CMR 590.000 and the federal 1999 Food Code.

24) Signature of Applicant: _____

Pursuant to MGL Ch. 62C, sec. 49A, I certify under the penalties of perjury that I, to my best knowledge and belief, have filed all state tax returns and paid state taxes required under law.

25) Federal ID: _____

26) Signature of Individual or Corporate Name: _____

Yo, el abajofirmante, doy fe de la exactitud de la información provista en esta solicitud y confirmo que la operación del establecimiento de alimentos cumplirá con 105 CMR 590.000 y con todas las leyes correspondientes. El comité de salud me ha informado cómo obtener copias de 105 CMR 590.000 y del Código de Alimentos Federal de 1999.

24) Firma del solicitante: _____

De conformidad con la sección 49A, capítulo 62C de MGL, certifico, bajo protesta de decir la verdad, que yo, a mi leal saber y entender, he presentado todas las declaraciones de impuestos estatales y he pagado los impuestos estatales que la ley establece.

25) N.º de Identificación Federal: _____

26) Firma del individuo o nombre de la compañía: _____

The Commonwealth of Massachusetts
 Department of Industrial Accidents Office of Investigations
 600 Washington Street
 Boston, MA 02111 www.mass.gov/dia

Workers' Compensation Insurance Affidavit: General Businesses

Declaración del seguro de indemnización por accidentes laborales: Actividades comerciales generales

Applicant Information

Please Print Legibly

Información del solicitante

Escribir en letra legible

Business/Organization Name: _____

Nombre de la compañía o denominación comercial:

Address: _____

Dirección:

City/State/Zip: _____ Phone#: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Número de teléfono: _____

<p>Are you an employer? Check the appropriate box:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> I am a employer with _____ employees (full and/or part-time).*</p> <p>2. <input type="checkbox"/> I am a sole proprietor or partnership and have no employees working for me in any capacity. [No workers' comp. insurance required]</p> <p>3. <input type="checkbox"/> We are a corporation and its officers have exercised their right of exemption per c. 152, §1(4), and we have no employees. [No workers' comp. insurance required]**</p> <p>4. <input type="checkbox"/> We are a non-profit organization, staffed by volunteers, with no employees. [No workers' comp. insurance req.]</p>	<p>Business Type (required):</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Retail</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Restaurant/Bar/Eating Establishment</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Office and/or Sales (incl. real estate, auto, etc.)</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Non-profit</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Entertainment</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Manufacturing</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Health Care</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Other _____</p>
<p>¿Es usted un empleador? Marque el casillero correspondiente:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Soy un empleador con _____ empleados (de tiempo completo y parcial).*</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Soy un empresario por cuenta propia o formo parte de una asociación y no tengo empleados que trabajen para mí en forma alguna. [No se requiere seguro de indemnización por accidentes laborales].</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Formamos parte de una compañía y sus directores han ejercido su derecho de exención derivado de la sección 1(4), capítulo 152, y no tenemos ningún empleado. [No se requiere seguro de indemnización por accidentes laborales].**</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Formamos parte de una organización sin fines de lucro, compuesta de voluntarios, sin ningún empleado. [No se requiere seguro de indemnización por accidentes laborales].</p>	<p>Tipo de actividad comercial (requerido):</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Minorista</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Restaurante, bar o establecimiento para comer</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Oficina y/o ventas (incluidas ventas inmobiliarias, de automóviles, etc.)</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Sin fines de lucro</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Entretenimiento</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Fabricación</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Cuidados médicos</p> <p>12. Otro _____</p>

* Any applicant that checks box #1 must also fill out the section below showing their workers' compensation policy information.

** If the corporate officers have exempted themselves, but the corporation has other employees, a workers' compensation policy is required and such an organization should check box #1.

* Todos los solicitantes que marquen el casillero n.º 1 también deben completar la siguiente sección en la que muestren la información de su póliza de indemnización por accidentes laborales.

** Si los directivos de la compañía ejercieron su derecho de exención, pero la compañía tiene otros empleados, se requerirá una póliza de indemnización por accidentes laborales, y dicha organización deberá marcar el casillero n.º 1.

I am an employer that is providing workers' compensation insurance for my employees. Below is the policy information.

Insurance Company Name: _____

Insurer's Address: _____

City/State/Zip: _____

Policy # or Self-ins. Lic. # _____ Expiration Date: _____

Attach a copy of the workers' compensation policy declaration page (showing the policy number and expiration date).

Failure to secure coverage as required under Section 25A of MGL c. 152 can lead to the imposition of criminal penalties of a fine up to \$1,500.00 and/or one-year imprisonment, as well as civil penalties in the form of a STOP WORK ORDER and a fine of up to \$250.00 a day against the violator. Be advised that a copy of this statement may be forwarded to the Office of Investigations of the DIA for insurance coverage verification.

Soy un empleador que brinda un seguro de indemnización por accidentes laborales a mis empleados. A continuación se encuentra la información de la póliza.

Nombre de la compañía aseguradora: _____

Dirección de la aseguradora: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

N.º de póliza o licencia de autoseguro _____ Fecha de vencimiento: _____

Adjunte una copia de la página de declaración de la póliza de indemnización por accidentes laborales (que muestre el número de póliza y la fecha de vencimiento).

No obtener la cobertura como se establece en la Sección 25A, Capítulo 152 de MGL puede llevar a la imposición de sanciones penales mediante una multa de hasta \$1,500.00 y/o un año de prisión, así como también sanciones civiles mediante una ORDEN DE CESE DE TRABAJO y una multa de hasta \$250.00 por día para el infractor. Tenga en cuenta que es posible que se envíe una copia de esta declaración a la Oficina de Investigaciones del Departamento de Asuntos Internos (DIA, en inglés) para verificar la cobertura de seguro.

I do hereby certify, under the pains and penalties of perjury that the information provided above is true and correct.

Por la presente certifico, bajo los dolores y penalidades de perjurio, que la información provista arriba es verdadera y correcta.

Signature: _____ Date: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Phone#: _____

Número de teléfono: _____

Official use only. Do not write in this area, to be completed by city or town official.

Solamente para uso oficial. No escriba en esta área que será completada por un oficila de la ciudad.

City or Town: _____ Permit/License # _____

Issuing Authority (circle one): 1. Board of Health 2. Building Department 3. City/Town Clerk 4. Licensing Board

5. Selectmen's Office 6. Other _____

Contact Person: _____ Phone #: _____

ANSWER ALL QUESTIONS IF NOT APPLICABLE WRITE N/A

RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS, SI ALGUNA NO CORRESPONDE A SU ACTIVIDAD, ESCRIBA "N/A".

CIRCLE ALL WHICH APPLY TO YOUR BUSINESS:

MARQUE CON UN CÍRCULO TODO LO QUE CORRESPONDA A SU ACTIVIDAD:

CANTEEN TRUCK	MOBILE KITCHEN	PUSHCART	ICE CREAM TRUCK	OTHER
CAMIÓN COMEDOR	COCINA MÓVIL	CARRO DE COMIDAS	CAMIÓN DE HELADOS	OTRO

SELL: FROZEN DESSERT/YOGURT/ICE CREAM/ OR MILK
VENDE: POSTRES HELADOS/YOGURES/HELADOS O LECHE

MANUFACTURING: FROZEN DESSERT/YOGURT/ICE CREAM (SOFT SERVE)
PREPARA: POSTRES HELADOS/YOGURES/HELADOS (CON MÁQUINA QUE SIRVE HELADOS)

NAME OF VEHICLE/PUSHCART _____
NOMBRE DE VEHÍCULO O CARRO _____
BASE OF OPERATION _____
BASE DE OPERACIONES _____
STREET CITY STATE & ZIP _____
CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL _____

VERIFICATION LETTER FROM LICENSED COMMISSARY OR ESTABLISHMENT YES _____ NO _____
CARTA DE VERIFICACIÓN DE LA COCINA COMERCIAL ("COMMISSARY") O DEL ESTABLECIMIENTO
AUTORIZADO SÍ _____ NO _____

LOCATION IN THE CITY (BE SPECIFIC)
STREET NAMES & SECTION OF THE CITY
UBICACIÓN EN LA CIUDAD (SEA ESPECÍFICO)
NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE Y SECCIÓN DE LA CIUDAD

DAYS AND TIMES
DÍAS Y HORARIOS

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

HANDWASHING SINK ON MOBILE UNIT Y/N
LAVABO PARA MANOS EN LA UNIDAD MÓVIL S/N

TOILET FACILITIES ARE AVAILABLE AT _____
INSTALACIONES SANITARIAS DISPONIBLES EN _____

FOOD PRODUCTS TO BE SOLD SOURCE OF FOOD PRODUCTS
PRODUCTOS ALIMENTICIOS QUE SE VENDERÁN/FUENTE DE LOS PRODUCTOS ALIMENTICIOS

HOT FOOD ITEMS (Be Specific)
COMIDA CALIENTE (sea específico)

COLD FOOD ITEMS (Be Specific)
COMIDA FRÍA (sea específico)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

MECHANICAL REFRIGERATION Y/N
SISTEMA DE REFRIGERACIÓN MECÁNICA S/N

MAKE & YEAR OF VEHICLE _____
MARCA Y AÑO DEL VEHÍCULO

STATE OF REGISTRATION _____
ESTADO EMISOR DEL REGISTRO

REGISTRATION # _____
NÚMERO DE REGISTRO

IF YOU MANUFACTURE FROZEN DESSERT/ICE CREAM PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING:
SI FABRICA POSTRES HELADOS O HELADOS, COMPLETE LO SIGUIENTE:

WHERE IS THE MIX PURCHASED FROM/NAME OF COMPANY _____
DÓNDE COMPRA LA MEZCLA/NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

IS THE MIX PASTEURIZED? YES _____ NO _____ NUMBER OF REFRIGERATORS/FREEZERS _____
¿LA MEZCLA ESTÁ PASTEURIZADA? SÍ NO NÚMERO DE REFRIGERADORES O CONGELADORES

ARE YOU AWARE OF THE REGULATIONS REGARDING THE SUBMISSION OF MONTHLY LAB REPORTS? Y/N
¿CONOCE LAS REGULACIONES SOBRE LA PRESENTACIÓN DE INFORMES MENSUALES DE LABORATORIO? S/N