



**CITY OF HOLLISTER**

**Finance Department**

327 Fifth Street  
Hollister, CA 95023  
Phone: (831) 636-4301  
Fax: (831) 636-4369  
www.hollister.ca.gov

**No. De Licencia de Negocio**

Nuevo \_\_\_\_\_

Renovación \_\_\_\_\_

**APLICACIÓN DE IMPUESTO DE LICENCIA COMERCIAL NO REEMBOLSABLE**

**Escriba o Imprima**

Corporación      Nombre De Corporación: \_\_\_\_\_

Negocio Propio       Negocio De Esposo Y Esposa       Asociación       Organización No Lucrativa       LLC

Nombre de Negocio (haciendo negocios como) \_\_\_\_\_

Descripción Del Negocio (resumen detallado) \_\_\_\_\_

Dirección Física Del Negocio (Ciudad, Estado,Código Postal) \_\_\_\_\_

Dirección de Correo\_Si es diferente de la anterior (Dirección, Ciudad, Estado,Código Postal) \_\_\_\_\_

Dirección De Pagina Web \_\_\_\_\_ Dirección De Correo Electronico \_\_\_\_\_

Fecha De Apertura \_\_\_\_\_ No. Teléfono de Negocio \_\_\_\_\_ Fax No. \_\_\_\_\_

No. De Empleados \_\_\_\_\_ No. de Identificación Fiscal(Resale Tax #) \_\_\_\_\_

No. Y Clasificación De Licencia De Contratista Del Estado \_\_\_\_\_ Fecha De Vencimiento \_\_\_\_\_

Nombre/Titulo Del Dueño u Oficial:

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección, Ciudad, Estado,Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección, Ciudad, Estado,Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**NOTICIA:** La Emisión de la licencia de negocio no le da permiso de operar un negocio que viole las leyes Federales, Estatales o Locales. ANTES de pagar, se le urge que usted verifique con los departamentos apropiados de la Ciudad y Condado para obtener más información acerca de cualquier regulación que pudiese afectar su negocio . YA PAGADO, EL IMPUESTO DE LICENCIA DE NEGOCIO NO SERÁ REEMBOLSABLE

**IMPUESTO DE LICENCIA DE NEGOCIO NO ES REEMBOLSABLE**

**Lea y Marque con sus Iniciales**

Planning 636-4360      Code Enforcement 636-4365      Health 636-4035      Police 636-4330      Building 636-4355      Fire 636-4325

Por la presente certifico bajo pena de perjurio que e leído todo lo anterior y que la información proporcionada es correcta y verdadera.

Firma del Apicante \_\_\_\_\_ Imprimir (Nombre de Firmante) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**El pago deimpuesto de la licencia de negocio debe ser sometido con esta aplicacion.**

<b>Para Uso Interno Solamente</b>	
Sección de la Ordinaza _____	Tipo De Licencia (License Type) _____
Impuesto De Licencia de Negocio \$ _____	
Penalidad (si se aplica)Penalties \$ _____	Metodo de Pago (Payment Method):
Total a Pagar/Total Due \$ _____	<input type="checkbox"/> Cheque/Check <input type="checkbox"/> Efectivo/Cash <input type="checkbox"/> Visa/MC
Fecha De Vencimiento _____	Preparado Por _____
Expiration Date _____	Processed by _____