



등록 번호: \_\_\_\_\_  
REGISTRY NUMBER:

오리건 개정주법 192.410-192.490에 따라 본 신청서상의 정보는 공공 기록입니다.  
본 정보는 요청이 있는 경우 모든 당사자에게 공개되어야 하며, 본 기관의 웹 사이트에 게시될 것입니다.  
In accordance with Oregon Revised Statute 192.410-192.490, the information on this application is public record.  
We must release this information to all parties upon request and it will be posted on our website.

사무실 전용  
For office use only

검정색 잉크로 읽기 쉽게 입력하거나 인쇄하십시오. 필요한 경우 시트를 추가로 첨부하십시오.  
Please Type or Print Legibly in Black Ink. Attach Additional Sheet if Necessary.

1) 협동조합의 이름: \_\_\_\_\_  
NAME OF COOPERATIVE:

2) 개정 채택, 조항 재진술 또는 철회 일자: \_\_\_\_\_  
DATE OF ADOPTION OF AMENDMENT, RESTATED ARTICLES, OR DISSOLUTION:

3) 구성원 투표: 구성원 찬성 투표 수: \_\_\_\_\_ 구성원 반대 투표 수: \_\_\_\_\_  
MEMBER VOTE: Number of members voting for: Number of members voting against:

4) 재진술 조항의 사본:  
COPY OF RESTATED ARTICLES:

재진술 조항의 사본이 첨부되어 있습니다.  
Attached is a copy of the Restated Articles.

5) 적절한 진술에만 표시하십시오.  
CHECK ONLY THE APPROPRIATE STATEMENT:

관련 주주에게는 투표권이 없습니다. 관련 주주에게  
Affected shareholders do not have the right to vote.

투표권이 있습니다.  
Affected shareholders have the right to vote.

주주 투표에 관한 사항은 다음과 같습니다.  
The shareholder vote was as follows:

주식의 분류 또는 모음 Class or series of shares	관련 사외주의 수 Number of affected shares outstanding	투표권이 부여된 지분의 수 Number of shares entitled to vote	행사된 찬성 투표권의 수 Number of votes cast FOR	행사된 반대 투표권의 수 Number of votes cast AGAINST

6) 이행: (한 명 이상의 임원이나 이사가 서명해야 합니다.)

본인은 권한이 있는 서명인으로서 위증 시 처벌을 받을 수 있고, 본 문서가 임원, 이사, 직원, 구성원, 관리자 또는 대리인을 포함한 모든 사람의 신원을 사기 목적으로 은폐하거나, 모호하게 하거나, 변경하거나, 그 밖의 방식으로 허위 진술하지 않음을 분명히 합니다. 여기에 기입한 내용은 본인이 검토했으며, 내 자신의 지식과 신념에 비추어 사실이며, 정확하고, 완전합니다. 본 문서에 잘못된 진술을 하는 일은 법을 어기는 것이며 벌금이나 구금의 처벌을 받거나 둘 모두가 선고될 수 있습니다.

EXECUTION: (Must be signed by at least one officer or director.)

I declare as an authorized signer, under penalty of perjury, that this document does not fraudulently conceal, obscure, alter, or otherwise misrepresent the identity of any person including officers, directors, employees, members, managers or agents. This filing has been examined by me and is, to the best of my knowledge and belief, true, correct and complete. Making false statements in this document is against the law and may be penalized by fines, imprisonment, or both.

서명:  
Signature:

정자체 이름:  
Printed Name:

직위:  
Title:

담당자 이름: (본 양식 작성에 관한 문제 해결 목적)  
CONTACT NAME: (To resolve questions with this filing.)

전화 번호: (지역 번호 포함)  
PHONE NUMBER: (Include area code.)

수수료  
FEES

필수 처리 수수료 \$100  
Required Processing Fee

처리 수수료는 환불이 불가능합니다. 수표는 "기업 담당 부서"에 지불할 용도로 준비해 주십시오.  
Processing Fees are nonrefundable. Please make check payable to "Corporation Division."

사업체명 검색 프로그램을 사용하여 <http://sos.oregon.gov/business>에서 무료 사본을 이용할 수 있습니다.  
Free copies are available at <http://sos.oregon.gov/business> using the Business Name Search program.