



Secretary of State - Corporation Division - 255 Capitol St. NE, Suite 151 - Salem, OR 97310-1327 - http://sos.oregon.gov/business - Телефон: (503) 986-2200

Phone: (503) 986-2200

Факс: (503) 378-4381

Fax: (503) 378-4381

Заполнению подлежат только те разделы, в которые вносятся изменения.

Complete only the sections that you are updating.

Для проверки текущей информации перейдите на сайт: http://sos.oregon.gov/bizsearch

To review current information, please go to: sos.oregon.gov/bizsearch

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР:

REGISTRY NUMBER:

В соответствии с документом Свод законов штата Орегон с дополнениями и изменениями 192.410- 192.490, информация о данной заявке является информацией публичного характера.

Мы обязаны предоставлять эту информацию любым лицам по запросу, кроме того, данная информация будет размещена на нашем сайте.

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.

Только для служебных отметок

For office use only

Заполнение в печатном виде или печатными буквами в удобочитаемом виде, черными чернилами. Добавление дополнительных листов осуществляется по необходимости.

Please Type or Print Legibly in Black Ink. Attach Additional Sheet if Necessary.

1. ТЕКУЩЕЕ КОММЕРЧЕСКОЕ НАИМЕНОВАНИЕ:

CURRENT BUSINESS NAME:

2. НОВОЕ КОММЕРЧЕСКОЕ НАИМЕНОВАНИЕ:

(При внесении изменений взимается сервисный сбор 50 долл. США)

NEW BUSINESS NAME: (If changed, \$50 fee required)

3. ОПИСАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

DESCRIPTION OF BUSINESS:

4. ОСНОВНОЕ МЕСТО ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: (адрес с указанием улицы и номера дома, города, штата/страны, индекса)

PRINCIPAL PLACE OF BUSINESS: (Street Address, City, State, Zip)

5. Ф. И. О. УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ: (только одно лицо — Ф. И. О.)

NAME OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE: (One name only)

ПРОДОЛЖЕНИЕ

CONTINUING



ИЛИ
or

НОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

NEW



6. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:

MAILING ADDRESS OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE:

7. РЕГИСТРАНТЫ/ВЛАДЕЛЬЦЫ: (Укажите Ф. И. О. и общественный адрес с указанием улицы и номера дома для новых регистрантов) (Приложите отдельный лист, если это необходимо.)

REGISTRANTS/OWNERS: (List name and publicly available street address of new registrants)(Attach separate sheet if needed)

a. НОВЫЕ РЕГИСТРАНТЫ/ВЛАДЕЛЬЦЫ:

NEW REGISTRANTS/OWNERS:

Улица и номер дома

Street Address

Город

City

Штат

State

Индекс

Zip

b. ВЫБЫВАЮЩИЕ РЕГИСТРАНТЫ/ВЛАДЕЛЬЦЫ:

WITHDRAWING REGISTRANTS/OWNERS:

8. ТЕКУЩИЕ РЕГИСТРАНТЫ/ВЛАДЕЛЬЦЫ (ТОЛЬКО ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕСА): (Данный раздел предназначен только для изменения адреса регистрантов) (Приложите отдельный лист, если это необходимо.)

CURRENT REGISTRANTS/OWNERS ADDRESS CHANGE ONLY: (This section is only for registrant address changes)(Attach separate sheet if needed)

Ф. И. О. регистранта

Registrant Name

Улица и номер дома

Street Address

Город

City

Штат

State

Индекс

Zip

9. ОКРУГА:

COUNTIES:

- | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Baker | <input type="checkbox"/> Crook | <input type="checkbox"/> Harney | <input type="checkbox"/> Lake | <input type="checkbox"/> Morrow | <input type="checkbox"/> Union |
| <input type="checkbox"/> Benton | <input type="checkbox"/> Curry | <input type="checkbox"/> Hood River | <input type="checkbox"/> Lane | <input type="checkbox"/> Multnomah | <input type="checkbox"/> Willowa |
| <input type="checkbox"/> Clackamas | <input type="checkbox"/> Deschutes | <input type="checkbox"/> Jackson | <input type="checkbox"/> Lincoln | <input type="checkbox"/> Polk | <input type="checkbox"/> Wasco |
| <input type="checkbox"/> Clatsop | <input type="checkbox"/> Douglas | <input type="checkbox"/> Jefferson | <input type="checkbox"/> Linn | <input type="checkbox"/> Sherman | <input type="checkbox"/> Washington |
| <input type="checkbox"/> Columbia | <input type="checkbox"/> Gilliam | <input type="checkbox"/> Josephine | <input type="checkbox"/> Malheur | <input type="checkbox"/> Tillamook | <input type="checkbox"/> Wheeler |
| <input type="checkbox"/> Coos | <input type="checkbox"/> Grant | <input type="checkbox"/> Klamath | <input type="checkbox"/> Marion | <input type="checkbox"/> Umatilla | <input type="checkbox"/> Yamhill |

ВСЕ ОКРУГА
(В штате)
ALL COUNTIES
(Statewide)

10. ПОДПИСЬ(-И): Новые регистранты должны поставить подпись. При наличии ВЫБИВАЮЩИХ регистрантов, отказывающихся от своих полномочий, необходимо получить подпись таких регистрантов или их уполномоченных представителей. Являясь уполномоченным лицом, имеющим право подписи, и будучи предупрежденным об уголовной ответственности за предоставление заведомо ложных сведений, настоящим заявляю, что данный документ не использует обманные пути для сокрытия, утаивания, изменения и другого искажения идентификации любого лица, включая ответственных лиц, директоров, сотрудников, участников, руководителей или агентов. Данный документ мной изучен, и, в соответствии со степенью своей осведомленности и уровнем профессиональных знаний, я заявляю, что он является достоверным, правильным и полным. Приведение ложных заявлений в настоящем документе противоречит закону и может повлечь за собой штрафы, тюремное заключение или обе эти меры наказания.

SIGNATURE(S): New Registrants must sign. If any Registrants are WITHDRAWING, withdrawing Registrants or Authorized Representative must sign. 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

Подпись:

Signature:

Расшифровка:

Printed Name:

КОНТАКТНОЕ ЛИЦО: (Для разрешения вопросов, касающихся данного документа)

CONTACT NAME: (To resolve questions with this filing)

ТЕЛЕФОН: (С указанием кода региона)

PHONE NUMBER: (Include area code)

Assumed Business Name - Amendment (1/20)

СЕРВИСНЫЙ СБОР

FEES

При изменении коммерческого наименования 50 долл. США

If Changing Business Name

За прочие изменения сервисный сбор не взимается.

No Fee For Other Changes

Сервисные сборы возврату не подлежат.
Processing Fees are nonrefundable.

Выпишите чек на Корпоративное подразделение.
Please make check payable to "Corporation Division".

Бесплатные экземпляры документа доступны на сайте <http://sos.oregon.gov/business> при осуществлении поиска с помощью программы Поиск по наименованию компании.

Free copies are available at <http://sos.oregon.gov/business> using the Business Name Search program.