



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. 주체의 이름:

NAME OF ENTITY:

2. 유한 책임 회사의 새로운 이름: (변경된 경우)

NEW NAME OF THE LIMITED LIABILITY COMPANY: (If changed)

3. 재진술 조항의 사본이 첨부되어 있습니다.

A COPY OF THE RESTATED ARTICLES IS ATTACHED.

(필수)
(Required)

4. 해당하는 진술에 표시하십시오.

CHECK THE APPROPRIATE STATEMENT:

재진술 조항에는 구성원의 승인이 필요하지 않은 개정 사항이 포함되어 있습니다.

이러한 개정은 관리자에 의해 적법하게 채택되었습니다.

The restated articles contain amendments which do not require member approval.
These amendments were duly adopted by the manager(s).

재진술 조항에는 구성원의 승인이 필요한 개정 사항이 포함되어 있습니다. 개정 및 재진술 조항의 채택 날짜는 _____입니다.

해당 개정은 구성원에 의해 승인되었습니다. _____ 구성원이 개정을 승인한 비율.

The restated articles contain amendments which require member approval. The date of adoption of the amendments and restated articles was
The amendment(s) was (were) approved by the members. _____ percent of the members approved the amendment(s).

5. 주 사업장의 위치(실제 거리 주소)

PRINCIPAL PLACE OF BUSINESS (Physical Street Address)

6. 직접적인 정보를 보유한 개인(이름 및 주소)

INDIVIDUAL WITH DIRECT KNOWLEDGE (Name and Address)

7. 이행:

본인은 권한이 있는 서명인으로서 위증 시 처벌을 받을 수 있고, 본 문서가 사람이나 해당 유한 책임 회사의 모든 구성원, 관리자, 직원 또는 대리인의 신원을 사기 목적으로 은폐하거나, 사기 목적으로 모호하게 하거나, 사기 목적으로 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:
I declare as an authorized signer, under penalty of perjury, that this document does not fraudulently conceal, fraudulently obscure, fraudulently alter or otherwise misrepresent the identity of the person or any members, managers, employees or agents of the limited liability company. 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)

Restated Articles of Organization - Limited Liability Company (1/20)

수수료

FEES

필수 처리 수수료 \$100
Required Processing Fee \$100

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.