

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA
 PAGADO CON:
 Cheque Núm. _____
 Giro postal Núm. _____
 FECHA DE RECEPCIÓN: _____
 POR: _____



**UBICACIÓN Y
 VENTA DE
 PRODUCTOS DE
 TABACO SOLICITUD
DE PERMISO**

Esta solicitud debe llenarse POR COMPLETO y enviarse de vuelta, junto con una cuota no reembolsable de cien dólares (\$100.00) (cheque o giro postal), la Declaración del propietario y una copia de su Formulario CT-3A de Licencia de minorista de cigarrillos del Departamento de Rentas Internas del Estado de Massachussets (u otra prueba de ello), a BOSTON TOBACCO CONTROL AND PREVENTION PROGRAM, 774 Albany Street, 2nd Floor, Boston, MA 02118. NO se procesarán las solicitudes incompletas. Para obtener ayuda, llame al 617-534-4718.

1. ESTA SOLICITUD ES PARA: PERMISO NUEVO RENOVACIÓN DE PERMISO PREVIO
 Núm. _____
2. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO MINORISTA (como aparece en su Licencia comercial de la Ciudad de Boston):

3. NOMBRE ALTERNO DEL ESTABLECIMIENTO (DBA, por sus siglas en inglés) (otro nombre bajo el que funciona el negocio):

4. UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA (si es diferente a la UBICACIÓN):

| | |
|--------------------|--------------------|
| Dirección, línea 1 | Dirección, línea 1 |
| Dirección, línea 2 | Dirección, línea 2 |
| Ciudad | Estado |
| Código postal | Código postal |
5. HORAS DE FUNCIONAMIENTO: De _____ a _____ DÍAS DE FUNCIONAMIENTO:
 De _____ a _____
6. TIPO DE PROPIEDAD COMERCIAL: Propiedad en cadena Propiedad independiente
7. CATEGORÍA COMERCIAL:
 Abarrotería Gasolinera y mini mercado Solamente gasolinera
 Tienda de conveniencia Licorería Farmacia
 Restaurante Bar/Taberna Otro (describa) _____
8. TIPO(S) DE VENTA(S) En mostrador Máquina expendedora (Las máquinas expendedoras están prohibidas en todas las áreas, excepto en ubicaciones en donde las personas menores de 18 años de edad están prohibidas en todo momento.)
9. NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO: _____
10. TELÉFONO DEL DOMICILIO: _____ TELÉFONO COMERCIAL: _____
11. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (opcional):

12. ¿ES USTED UN PROPIETARIO NUEVO? Sí / No (Encierre en un círculo) ¿ES ESTE UN BAR PARA FUMADORES o VENDEDOR DE TABACO? Sí / No
13. NOMBRE DEL ADMINISTRADOR (si es diferente al propietario): _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA
PAGADO CON:
 Cheque Núm. _____
 Giro postal Núm. _____
FECHA DE RECEPCIÓN: _____
POR: _____



**UBICACIÓN Y
VENTA DE
PRODUCTOS DE
TABACO SOLICITUD
DE PERMISO**

14. IDIOMA PRINCIPAL: Propietario: _____ Administrador: _____

15. Núm. DE LICENCIA DE MINORISTA DE CIGARRILLOS del Departamento de Rentas Internas de MA (5 dígitos) _____

(A esta solicitud SE DEBE ADJUNTAR una copia de esta licencia u otra prueba de pago)

De conformidad con M.G.L. Capítulo 62 C. Sección 49A, certifico bajo las penas de perjurio que, en lo mejor de mi saber y entender, presenté todas las declaraciones de impuestos estatales y pagué todos los impuestos estatales requeridos conforme a la ley.

Núm. de Seguro social del propietario o Núm. de Identificación Federal Firma del solicitante o funcionario
empresarial Fecha