



앨버커키 시

환경보건부 소비자 건강 보호과

농산물 판매 업체 허가 신청서

1 Civic Plaza NW, 3rd Floor, Room 3023,
Albuquerque, NM 87102 (505)768-2738

작성을 완료하지 않은 신청서는 처리되지 않습니다

수수료 \$15를 지불할 때까지 허가는 유효하지 않습니다

신청서는 적어도 행사 일주일 전에 제출해야 합니다.

허가 수수료 \$15는 농산물 판매 허가 발급 전에 납부해야 합니다. 판매 업체는 수수료를 납부하고 허가를 취득하기 전까지 영업을 시작해서는 안 됩니다. 농산물 판매 허가증은 양도할 수 없으며, 지정된 장소의 특정 매대에서만 유효합니다. 시에서 발급한 허가는 어떤 행사에서 영업을 하든 필요하지만, 특정 행사에 참여하기 위한 허가는 **아닙니다**. 특정 행사 참여는 행사 코디네이터 재량에 따릅니다.

신청서는 consumerhealth@cabq.gov로 이메일을 보내거나 사무소로 직접 제출하면 됩니다. 수수료는 청구서를 수령한 후 온라인으로, 또는 직접 방문해 수표나 현금으로 납부할 수 있습니다(정확한 금액으로 준비).

가정조리음식에 관한 법(Homemade Foods Act)의 적용을 받는 판매 업체는 이 허가를 사용할 수 없습니다.
가정조리음식에 관한 법의 적용을 받는 경우, **여기서 멈추고** 허가 신청서를 제출하지 마십시오. 해당 법률에 대한 자세한 내용은 <https://www.cabq.gov/environmentalhealth/food-safety>에서 확인하시기 바랍니다.)

신청 정보	
소유자/운영자 이름:	
시설 이름:	
영구 주소:	시/주/우편 번호:
행사 이름:	행사 주최자:
<i>(농산물 마켓에서 판매한다면, 마켓 관리자/주최사를 통해 신청서를 제출해야 합니다.)</i>	
행사 시작일:	행사 종료일:
<i>(농산물 허가는 유효합니다. 고정된 장소 한 군데에서 1년 동안 유효합니다..)</i>	
행사 주소:	
신청자 전화번호:	신청자 이메일 주소:
다른 전화번호:	
담당자 (신청자와 다른 경우)	
이 사람은 현장에서 식품 안전을 담당합니다.	
이름/호칭:	
주소:	시/주/우편 번호:
전화번호:	이메일 주소:
다른 전화번호:	

판매하는 농산물을 모두 적으십시오.

새싹채소, 포장된 제품, 사전 준비 식품(절단된 농산물 포함)은
이 허가에 따라 금지됩니다.

아래 서명함으로써 본인은 다음을 확인하고 증명합니다.:

- 신청서에 기재된 모든 정보는 정확합니다.
- 제공한 정보 중 변경 사항이 생기면 CHPD에 알릴 것입니다.

농산물 매대/판매에 관련된 앨버커키 시 농산물 표준 조례(Raw Produce Stands Ordinance) § 9-6-3-1 et seq. ROA 1994의 모든 요건을 준수할 것입니다.

이 허가가 미가공 농산물 판매로 제한된다는 것을 이해하며, 다른 유형의 식품 판매는 추가 허가를 받아야 가능하다는 것을 이해합니다.

농산물 매대/판매에 관련된 앨버커키 시 농산물 표준 조례(Raw Produce Stands Ordinance) § 9-6-3-2가 이 신청서를 통해 받은 모든 허가가 1년 동안 지정된 장소의 특정 매대로 제한된다는 것을 이해합니다.

가정조리음식에 관한 법(Homemade Foods Act) §25-12-1 et seq. NMSA 1978을 읽고 숙지했습니다. 가정조리음식에 관한 법에 정의된 "가정에서 조리한 음식"을 준비하거나 판매하지 않으며, 가정조리음식에 관한 법의 적용을 받지 않습니다.

CHPD가 §§9-6-3-1 et seq. ROA 1994를 시행할 목적으로 위에 언급한 식품 매대와 해당 기록에 접근할 권리를 허용할 수 있다는 것을 이해합니다.

신청자 이름(정자체): _____

신청자 서명: _____

날짜: _____

보건 당국 서명: _____

For Official Use Only	
<input type="checkbox"/> Check# _____	<input type="checkbox"/> Online Payment
<input type="checkbox"/> Cash	
Amount Paid: \$ _____ Date: _____	
EHD Employee: _____	