

Form 700 306-ES

**State of Washington
Business Licensing
Service**

PO Box 9034
Olympia WA 98507-9034
360-705-6741

Formulario de cambio de personas directivas, porcentaje de participación o titularidad de acciones/unidades

(No sustituye a su informe anual)

Se requiere un formulario adicional para realizar cambios de funcionarios, miembros y administradores en la Office of the Secretary of State (Oficina del Secretario de Estado). Visite sos.wa.gov/corps o llame al 360-725-0377.

Persona jurídica/Nombre del propietario:

Identificador comercial unificado (Unified Business Identifier, UBI):

Número federal de identificación del empleador (Federal Employer Identification Number, FEIN):

		Importe adeudado
▶ Licor.....	\$75.00 Cambio en más del 10% de las acciones, elección de nuevos funcionarios o cambios en los miembros o administradores.	\$
▶ Cannabis.....	\$75.00	\$
▶ Todas las demás licencias.....	Se requiere para todas las personas directivas o cambios de acciones, independientemente de la cantidad de porcentaje de participación.	\$ Sin tarifa

Tipo de titularidad:

Corporación

LLC

LP/LLP/LLLP

Corporación sin

fines de lucro Otro

Las sociedades colectivas deben obtener un nuevo UBI presentando una Business License Application (Solicitud de licencia comercial) cuando se produzca un cambio del 50% o más en el número de socios.

Nombre:

Número de UBI:

FEIN:

Dirección postal de la empresa:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono de la empresa:

Nombre de contacto (apellido, nombre, segundo nombre):

Teléfono:

Correo electrónico:

Para preguntar sobre la disponibilidad de esta publicación en un formato alternativo para personas con discapacidad visual, llame al 360-705-6705. Los usuarios de teletipo (Teletype, TTY) pueden usar el servicio de retransmisión de WA llamando al 711.

Dirección particular/comercial:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono:
Fecha en que se convirtió en propietario/funcionario: Número de acciones que posee: Porcentaje de participación:

Fechas de emisión (indique "pendiente" si aún no se ha emitido):

Nombre del cónyuge (apellido, nombre, segundo nombre):

Número de Seguro Social del cónyuge: Fecha de nacimiento del cónyuge:

¿Tiene esta persona algún parentesco con otros funcionarios que posean el 10% o más?

Sí No

(p. ej., padres, padrastros, abuelos, cónyuges, hijos, hermanos, hermanastros, hijastros, hijos adoptivos o nietos)

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre):

Cargo:

Número de Seguro Social: Fecha de nacimiento:

Dirección particular/comercial:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono:
Fecha en que se convirtió en propietario/funcionario: Número de acciones que posee: Porcentaje de participación:

Fechas de emisión (indique "pendiente" si aún no se ha emitido):

Nombre del cónyuge (apellido, nombre, segundo nombre):

Número de Seguro Social del cónyuge: Fecha de nacimiento del cónyuge:

¿Tiene esta persona algún parentesco con otros funcionarios que posean el 10% o más?

Sí No

(p. ej., padres, padrastros, abuelos, cónyuges, hijos, hermanos, hermanastros, hijastros, hijos adoptivos o nietos)

Si es necesario, adjunte hojas adicionales utilizando el mismo formato que se muestra arriba.

Destitución de personas directivas

(Si es necesario, adjunte hojas adicionales utilizando el mismo formato que se muestra a continuación).

Nombre de la persona directiva o accionista:

Cargo:

Número de Seguro Social: Fecha de nacimiento: Fecha de destitución:

Nombre de la persona directiva o accionista:

Cargo:

Número de Seguro Social: Fecha de nacimiento: Fecha de destitución:

Nombre de la persona directiva o accionista:

Cargo:

Número de Seguro Social:

Fecha de nacimiento:

Fecha de destitución:

Los organismos que se indican a continuación pueden exigir formularios o documentos adicionales:

- Liquor and Cannabis Board (Junta de Licores y Cannabis): 360-664-1600
- Lottery (Lotería): 360-810-2888

Firma (Obligatorio)

Declaro bajo pena de perjurio que:

- Soy una persona directiva o un representante autorizado de esta empresa que realiza este cambio; y
- Las respuestas contenidas, incluida cualquier información adjunta, han sido revisadas por mí y son verdaderas, correctas y completas.

Certifico que entiendo que una tergiversación de los hechos es motivo de rechazo de esta solicitud o revocación de cualquier licencia emitida.

Nombre en letra imprenta:

Cargo:

Firma: _____

Fecha:

Teléfono