

# وزارة الصحة في مقاطعة سومرست



8928 Sign Post Road, Suite 2, Westover, Maryland 21871  
1-800-735-2258 (TDD) جهاز الاتصالات لضعاف السمع · 410.651.5680 الفاكس · 443.523.1700

**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.  
Somerset County  
Health Department

مسؤول الصحة Danielle Weber، ماجستير في العلوم (MS)، ممرضة مسجلة (RN)

الرسوم: الفئة 1 و 2 تكلف 300 دولار

التاريخ: \_\_\_\_\_

## طلب الحصول على تصريح بتشغيل منشأة لتقديم الخدمات الغذائية

يتم تقديم الطلب بموجب هذا لتشغيل منشأة لتقديم الخدمات الغذائية وفقاً لقانون لوائح ولاية ماريلاند COMAR 10.15.03 والذي يتحكم في مرافق الخدمات الغذائية.

### معلومات عن المنشأة

اسم المنشأة: \_\_\_\_\_

عنوان المنشأة: \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_، الرمز البريدي لولاية ماريلاند: \_\_\_\_\_ العنوان

البريدي: \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_، الرمز البريدي لولاية ماريلاند: \_\_\_\_\_ رقم هاتف

المنشأة: \_\_\_\_\_

رقم فاكس المنشأة: \_\_\_\_\_

عدد أيام/ساعات العمل: \_\_\_\_\_

نوع التشغيل: \_\_\_\_\_ دائم \_\_\_\_\_ موسمي (من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_)

مصدر المياه: \_\_\_\_\_ عام \_\_\_\_\_ خاص \_\_\_\_\_ التخلص من مياه الصرف الصحي: \_\_\_\_\_ عام \_\_\_\_\_ خاص

رقم هوية صاحب العمل الفيدرالي (EIN): \_\_\_\_\_ (مطلوب)

### معلومات عن صاحب العمل

صاحب العمل: \_\_\_\_\_

العنوان البريدي لصاحب العمل: \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

رقم هاتف صاحب العمل: \_\_\_\_\_

توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ المسمى الوظيفي: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

للاستخدام الرسمي فقط

رقم الهوية: \_\_\_\_\_ تاريخ الإصدار: \_\_\_\_\_

رقم الفئة: \_\_\_\_\_

تاريخ انتهاء الصلاحية: \_\_\_\_\_