



County of San Diego

DEPARTMENT OF ENVIRONMENTAL HEALTH AND QUALITY

P.O. BOX 129261, SAN DIEGO, CA 92112-9261

Phone: (858) 505-6900 ♦ Fax: (858) 999-8920 ♦ www.sdcdehq.org

COMMISSARY/HEADQUARTERS LETTER OF AGREEMENT THIS LETTER MUST BE RENEWED ANNUALLY

Sections 114295, 114339, and 114341 of the California Retail Food Code require that all Mobile Food Facilities and Annual Temporary Food Facilities operate in conjunction with a commissary, mobile support unit or other facility approved by the local regulatory agency.

I) THIS SECTION TO BE COMPLETED BY THE FOOD FACILITY OWNER

Facility Name: _____ Health Permit Number: _____

Facility Mailing Address: _____ City: _____ Zip: _____
Street No. Street Name

Permit Owner Name: _____ Phone: (____) _____

Fax: (____) _____ E-Mail: _____

II) THIS SECTION TO BE COMPLETED BY THE COMMISSARY/HEADQUARTERS OWNER

The above food facility has my permission to use my health regulated business (listed below) FOR THE PURPOSES OF ESTABLISHING A COMMISSARY/ HEADQUARTERS FOR THEIR MOBILE FOOD, CATERING OR FOOD PROCESSING BUSINESS. This permission includes the use of the premises for the following: *(Check all that apply)*

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Food Preparation | <input type="checkbox"/> Wastewater Disposal | <input type="checkbox"/> Vending Machine Storage |
| <input type="checkbox"/> Food Storage | <input type="checkbox"/> Trash Disposal | <input type="checkbox"/> Ice Production |
| <input type="checkbox"/> Warewashing Facilities | <input type="checkbox"/> Vehicle/Cart Storage Area | <input type="checkbox"/> Used Cooking Oil Disposal |
| <input type="checkbox"/> Vehicle/Cart Washing Area | <input type="checkbox"/> Chemical/Supply Storage | |
| <input type="checkbox"/> Fresh Water Supply | <input type="checkbox"/> Vending Machine Cleaning | |

Commissary/HQ

Facility Name: _____ Health Permit Number: _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____
Street No. Street Name

Permit Owner Name: _____ Signature: _____ Phone: _____
Print

E-mail address: _____ Date: ____/____/____

OFFICE USE ONLY

VERIFICATION OF HEADQUARTERS

Vending Year: 20 Other Agency – Copy of Current Health Permit: Yes No N/A

Verified By (initials): _____ Date of Approval: ____/____/____



Quận San Diego

PHÒNG CHẤT LƯỢNG VÀ SỨC KHỎE MÔI TRƯỜNG

P.O. BOX 129261, SAN DIEGO, CA 92112-9261

Điện thoại: (858) 505-6900 ♦ Fax: (858) 999-8920 ♦ www.sdcdehq.org

THƯ THỎA THUẬN CỦA CỬA HÀNG CUNG CẤP/TRỤ SỞ CHÍNH THƯ NÀY PHẢI ĐƯỢC GIA HẠN HÀNG NĂM

Phần 114295, 114339 và 114341 của Bộ Luật Thực Phẩm Bán Lẻ California yêu cầu tất cả các Cơ Sở Thực Phẩm Di Động và Cơ Sở Thực Phẩm Tạm Thời Hàng Năm phải hoạt động cùng với cửa hàng cung cấp, đơn vị hỗ trợ di động hoặc cơ sở khác được cơ quan quản lý địa phương phê duyệt.

I) PHẦN NÀY DO CHỦ CƠ SỞ THỰC PHẨM ĐIỀN

Tên Cơ Sở: _____ Số Giấy Phép Y Tế: _____

Địa Chỉ Gửi Thư của Cơ Sở: _____ Thành Phố: _____ Mã Zip: _____
Số Nhà Đường Phố

Tên Chủ Sở Hữu Giấy Phép: _____ Điện Thoại: (____) _____

Fax: (____) _____ E-Mail: _____

II) PHẦN NÀY DO CHỦ CỬA HÀNG CUNG CẤP/TRỤ SỞ CHÍNH ĐIỀN

Cơ sở thực phẩm trên được phép sử dụng cơ sở kinh doanh được quản lý về sức khỏe của tôi (liệt kê bên dưới) CHO MỤC ĐÍCH THÀNH LẬP CỬA HÀNG CUNG CẤP/TRỤ SỞ CHÍNH CHO VIỆC KINH DOANH THỰC PHẨM DI ĐỘNG, PHỤC VỤ HOẶC CHẾ BIẾN THỰC PHẨM CỦA HỌ. Sự cho phép này bao gồm việc sử dụng mặt bằng cho những việc sau: (Chọn tất cả các câu phù hợp)

Sơ chế thực phẩm

Xử lý nước thải

Kho lưu trữ máy bán hàng tự động

Kho thực phẩm

Xử lý rác thải

Sản xuất đá

Nơi rửa đồ

Khu vực lưu trữ xe/giỏ hàng

Thải bỏ dầu ăn đã qua sử dụng

Khu vực rửa xe/giỏ hàng

Kho chứa hóa chất/nguồn
cung ứng

Nguồn cung nước ngọt

Vệ sinh máy bán hàng tự động

Cửa Hàng Cung Cấp/Trụ Sở Chính

Tên Cơ Sở: _____ Số Giấy Phép Y Tế: _____

Địa Chỉ: _____ Thành Phố: _____ Mã Zip: _____
Số Nhà Đường Phố

Tên Chủ Sở Hữu Giấy Phép: _____ Chữ Ký: _____ Điện Thoại: _____
In

Địa chỉ e-mail: _____ Ngày: ____ / ____ / ____

CHỈ SỬ DỤNG CHO VĂN PHÒNG

XÁC NHẬN CỦA TRỤ SỞ CHÍNH

Năm Bán Hàng: 20____ Cơ quan khác - Bản sao Giấy Phép Y Tế hiện tại: Có Không Không áp dụng

Người Xác Minh (tên viết tắt): _____ Ngày Phê Duyệt: ____ / ____ / ____