



**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](http://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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# مقاطعة سان دييغو

إدارة الصحة والجودة البيئية

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

هاتف: 505-6900 (858) ♦ فاكس: 999-8920 (858) ♦ [www.sdcdehq.org](http://www.sdcdehq.org)

## خطاب موافقة من مقر/متجر يجب تجديد هذا الخطاب سنوياً

تُلزم الأقسام 114295، 114339، 114341 من قانون كاليفورنيا للطعام بالتجزئة، أن تزاوّل جميع منشآت الطعام المتنقلة ومنشآت الطعام المؤقتة السنوية أنشطتها بالاشتراك مع متجر أو وحدة دعم متنقلة أو منشأة أخرى معتمدة من الهيئة التنظيمية المحلية.

### 1) يتم إكمال هذا القسم من قبل مالك منشأة الطعام

اسم المنشأة: \_\_\_\_\_ رقم الإذن الصحي: \_\_\_\_\_

العنوان البريدي للمنشأة: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

رقم الشارع اسم الشارع

اسم مالك الإذن: \_\_\_\_\_ هاتف: \_\_\_\_\_ ( )

فاكس: \_\_\_\_\_ ( ) بريد إلكتروني: \_\_\_\_\_

### 1) يتم إكمال هذا القسم من قبل مالكي المقر/المتجر

أمنح الإذن لمنشأة الطعام المذكورة أعلاه لاستخدام النشاط التجاري (المدون أدناه) الخاص بي والخاضع للتنظيم الصحي لأغراض تأسيس متجر/مقر للأطعمة المتنقلة لديهم أو أنشطة تقديم الطعام أو تجهيزه. يشمل هذا الإذن استخدام المقرات للأغراض التالية: (ضع علامة أمام كل ما ينطبق)

إعداد الطعام	التخلص من مياه الصرف	تخزين آلات البيع
تخزين الطعام	التخلص من النفايات	إنتاج الثلج
مرافق الغسل	منطقة تخزين العربات/الناقلات	التخلص من زيت الطهي المستعمل
منطقة غسل العربات/الناقلات	تخزين المواد الكيميائية/الإمدادات	
الإمداد بالمياه العذبة	تنظيف آلات البيع	

سجلات المتجر/المقر.

اسم المنشأة: \_\_\_\_\_ رقم الإذن الصحي: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

رقم الشارع اسم الشارع

اسم مالك الإذن: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_ هاتف: \_\_\_\_\_

بحروف واضحة

عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### OFFICE USE ONLY (للاستخدام الرسمي فقط)

#### التحقق من المقر

عام مزاولة البيع: 20 \_\_\_\_\_ وكالة أخرى - نسخة من إذن صحي حديث: نعم لا لا ينطبق

تم التحقق من قبل (الأحرف الأولى): \_\_\_\_\_ تاريخ الموافقة: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_