# County of San Diego

**DEPARTMENT OF ENVIRONMENTAL HEALTH AND QUALITY**
**P.O. BOX 129261, SAN DIEGO, CA 92112-9261**
**Phone: (858) 505-6900 ♦** 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)*

- ☐ Food Preparation
- ☐ Food Storage
- ☐ Warewashing Facilities
- ☐ Vehicle/Cart Washing Area
- ☐ Fresh Water Supply
- ☐ Wastewater Disposal
- ☐ Trash Disposal
- ☐ Vehicle/Cart Storage Area
- ☐ Chemical/Supply Storage
- ☐ Vending Machine Cleaning
- ☐ Vending Machine Storage
- ☐ Ice Production
- ☐ Used Cooking Oil Disposal

**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 ♦ 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
- ☐ Kho thực phẩm
- ☐ Nơi rửa đồ
- ☐ Khu vực rửa xe/giỏ hàng
- ☐ Nguồn cung nước ngọt
- ☐ Xử lý nước thải
- ☐ Xử lý rác thải
- ☐ Khu vực lưu trữ xe/giỏ hàng
- ☐ Kho chứa hóa chất/nguồn cung ứng
- ☐ Vệ sinh máy bán hàng tự động
- ☐ Kho lưu trữ máy bán hàng tự động
- ☐ Sản xuất đá
- ☐ Thải bỏ dầu ăn đã qua sử dụng

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: _____/_____/_____