



등록 번호:

REGISTRY NUMBER:

사무실 전용

For office use only

오리건 개정주법 192.410-192.490에 따라 본 신청서상의 정보는 공공 기록입니다. 본 정보는 요청이 있는 경우 모든 당사자에게 공개되어야 하며, 본 기관의 웹 사이트에 게시될 것입니다.

In accordance with Oregon Revised Statute 192.410-192.490, the information on this application is public record.

We must release this information to all parties upon request and it will be posted on our website.

사무실 전용

For office use only

검정색 잉크로 읽기 쉽게 입력하거나 인쇄하십시오. 필요한 경우 시트를 추가로 첨부하십시오.

Please Type or Print Legibly in Black Ink. Attach Additional Sheet if Necessary.

1) 이름: ("Limited Partnership"이라는 표현이 약어 없이 포함되어야 합니다.)

NAME: (Must contain the words "Limited Partnership" without abbreviation.)

2) 기간: (하나를 선택하십시오.)

DURATION: (Please check one.)

해당 주체가 해체된 최근 일자
Latest date upon which the entity is to dissolve is

또는
or

기간은 영속적일 것입니다.
Duration shall be perpetual.

3) 해당 조합이 유지될 사무소의 주소: (오리건주의 거리 주소여야 합니다.)

ADDRESS OF THE OFFICE WHERE RECORDS OF THE PARTNERSHIP WILL BE KEPT: (Must be an Oregon Street Address.)

7) 개별 무한 책임 사원의 이름과 주소:

NAME AND ADDRESS OF EACH GENERAL PARTNER:

4) 등록 대리인:

REGISTERED AGENT:

5) 등록된 대리인의 이용 가능한 공개 주소: (등록된 대리인의 사업장과 동일한 오리건주의 거리 주소여야 합니다. 도시, 주, 우편 번호가 포함되어야 하며 사서함 주소는 필요 없습니다.)

REGISTERED AGENT'S PUBLICLY AVAILABLE ADDRESS: (Must be an Oregon Street Address, which is identical to the registered agent's business office. Must include city, state, zip; No PO Boxes.)

8) 본 기업은 조합에서 합자 회사로 전환되었습니다. 조합의 이전 이름:

THIS WAS CONVERTED TO A LIMITED PARTNERSHIP FROM A PARTNERSHIP. FORMER NAME OF PARTNERSHIP

6) 담당 부서에서 우편 통지를 보낼 주소:

ADDRESS WHERE THE DIVISION MAY MAIL NOTICES:

9) 이행: (모든 무한 책임 사원이 반드시 서명해야 합니다.)

본인은 권한이 있는 서명인으로서 위증 시 처벌을 받을 수 있고, 본 문서가 임원, 이사, 직원, 구성원, 관리자 또는 대리인을 포함한 모든 사람의 신원을 사기 목적으로 은폐하거나, 모호하게 하거나, 변경하거나, 그 밖의 방식으로 허위 진술하지 않음을 분명히 합니다. 여기에 기입한 내용은 본인이 검토했으며, 내 자신의 지식과 신념에 비추어 사실이며, 정확하고, 완전합니다. 본 문서에 잘못된 진술을 하는 일은 법을 어기는 것이며 벌금이나 구금의 처벌을 받거나 둘 모두가 선고될 수 있습니다

EXECUTION: (All general partners must sign.)

I declare as an authorized signer, under penalty of perjury, that this document does not fraudulently conceal, obscure, alter, or otherwise misrepresent the identity of any person including officers, directors, employees, members, managers or agents. This filing has been examined by me and is, to the best of my knowledge and belief, true, correct and complete. Making false statements in this document is against the law and may be penalized by fines, imprisonment, or both.

서명

Signature:

정자체 이름:

Printed Name:

담당자 이름: (본 양식 작성에 관한 문제 해결 목적)

CONTACT NAME: (To resolve questions with this filing.)

전화 번호: (지역 번호 포함)

PHONE NUMBER: (Include area code.)

70 - Certificate of Limited Partnership (1/20)

수수료

FEES

필수 처리 수수료 \$100

Required Processing Fee \$100

처리 수수료는 환불이 불가능합니다. 수표는 "기업 담당 부서"에 지불할 용도로 준비해 주십시오.

Processing Fees are nonrefundable. Please make check payable to "Corporation Division."

사업체명 검색 프로그램을 사용하여 <http://sos.oregon.gov/business>에서 무료 사본을 이용할 수 있습니다.

Free copies are available at <http://sos.oregon.gov/business> using the Business Name Search program.