



**РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР:**

REGISTRY NUMBER:

Только для служебных отметок  
For office use only

В соответствии с документом Свод законов штата Орегон с дополнениями и изменениями 192.410–192.490, информация о данной заявке является информацией публичного характера.

Мы обязаны предоставлять эту информацию любым лицам по запросу, кроме того, данная информация будет размещена на нашем сайте.

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.

Только для служебных отметок  
For office use only

Заполнение в печатном виде или печатными буквами в удобочитаемом виде, **черными** чернилами. Добавление дополнительных листов осуществляется по необходимости.

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

**1) НАИМЕНОВАНИЕ КООПЕРАТИВНОГО ОБЩЕСТВА:**

NAME OF COOPERATIVE:

**2) ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЙ АГЕНТ:**

REGISTERED AGENT:

**3) ОБЩЕДОСТУПНЫЙ АДРЕС ЗАРЕГИСТРИРОВАННОГО АГЕНТА:**

(Адрес с указанием улицы и номера дома в штате Орегон. Адрес должен совпадать с адресом офиса зарегистрированного агента. Должен включать город, штат, индекс; номера почтовых ящиков не допускаются.)

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.)

**4) ПОЧТОВЫЙ АДРЕС ДЛЯ УВЕДОМЛЕНИЙ:**

MAILING ADDRESS FOR NOTICES:

**5) КОЛИЧЕСТВО ДИРЕКТОРОВ, ВХОДЯЩИХ ИЗНАЧАЛЬНО В СОВЕТ ДИРЕКТОРОВ:**

NUMBER OF DIRECTORS CONSTITUTING THE INITIAL BOARD OF DIRECTORS:

**6) ЦЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ КООПЕРАТИВНОГО ОБЩЕСТВА:**

PURPOSE FOR WHICH COOPERATIVE IS ORGANIZED:

**7) КЦИОНЕРНЫЙ КАПИТАЛ:** (Укажите количество и номинальную стоимость, если применимо, акций каждого разрешенного класса капитала. Если разрешен более чем один класс, укажите назначение

CAPITAL STOCK: (Indicate the number and par value, if any, of shares of each authorized class of stock. If more than one class is authorized, indicate the designation, preferences, limitation, and relative rights of each class.)

**8) ЧЛЕНСКИЙ КАПИТАЛ:**

MEMBERSHIP STOCK:

A. Если членский капитал не применяется, укажите размер членского взноса и ограничения, если имеются, на передачу членства.

If there is no membership stock, state the amount of the membership fee and the limitations, if any, on the transfer of membership.

B. Если членский капитал применяется, укажите класс капитала и ограничения, если имеются, на передачу, применимые к такому капиталу.

If there is membership stock, state the classes of stock and the limitations on transfer, if any, applicable to such stock.

**9) ОСНОВАНИЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВОВ:**

(в случае роспуска или ликвидации.)

BASIS OF DISTRIBUTION OF ASSETS: (In the Event of Dissolution or Liquidation.)

**10) ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ:**

(Приложите отдельный лист.)

OPTIONAL PROVISIONS: (Please attach a separate sheet.)

**11) ИМЯ И АДРЕС КАЖДОГО УЧРЕДИТЕЛЯ:**

NAME AND ADDRESS OF EACH INCORPORATOR:

12) **СПОЛНЕНИЕ:** (Требуются подписи всех учредителей.)

Являясь уполномоченным лицом, имеющим право на подпись, и будучи предупрежденным об уголовной ответственности за предоставление заведомо ложных сведений, настоящим заявляю, что данный документ не использует обманные пути для сокрытия, утаивания, изменения и другого искажения идентификации любого лица, включая ответственных лиц, директоров, сотрудников, участников, руководителей или агентов. Данный документ мной изучен, и, в соответствии со степенью своей осведомленности и уровнем профессиональных знаний, я заявляю, что он является достоверным, правильным и полным. Приведение ложных заявлений в настоящем документе противоречит закону и может повлечь за собой штрафы, тюремное заключение или обе эти меры наказания.

EXECUTION: (All Incorporators 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.

Подпись:  
Signature:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Расшифровка:  
Printed Name:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**КОНТАКТНОЕ ЛИЦО:** (Для разрешения вопросов, касающихся данного документа.)

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ТЕЛЕФОН:** (С указанием кода региона.)

PHONE NUMBER: (Include area code.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

160 - Articles of Incorporation - Cooperative (1/20)

**СЕРВИСНЫЙ СБОР**

FEES

Обязательный сервисный сбор 100 долл. США  
Required Processing Fee

Сервисные сборы возврату не подлежат.  
Processing Fees are nonrefundable.

Выпишите чек на Корпоративное подразделение.  
Please make check payable to "Corporation Division."

Бесплатные экземпляры документа доступны на сайте <http://sos.oregon.gov/business> при осуществлении поиска с помощью программы Поиск по наименованию компании.

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