



Поставьте галочку в соответствующем поле:

Check the appropriate box below:

ИЗМЕНЕНИЕ ИЛИ ПЕРЕСМОТР

(Заполните только пункты 1, 2 и 7.)

AMENDMENT OR RESTATEMENT
(Complete only 1, 2, 7)

СЕРТИФИКАТ ОБ ОТМЕНЕ

(Заполните только пункты 1, 3, 4, 5, 6, 7.)

CERTIFICATE OF CANCELLATION
(Complete only 1, 3, 4, 5, 6, 7)

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР: _____

REGISTRY NUMBER:

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. Только для служебных отметок

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: _____

NAME:

ИЗМЕНЕНИЕ ИЛИ ПЕРЕСМОТР

AMENDMENT OR RESTATEMENT

2) В СВИДЕТЕЛЬСТВО ОГРАНИЧЕННОГО ПАРТНЕРСТВА ВНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

(Укажите номера разделов и изложите весь раздел так, как он должен читаться, либо приложите копию полностью пересмотренного сертификата ограниченного партнерства.)

THE FOLLOWING AMENDMENT(S) TO THE CERTIFICATE OF LIMITED PARTNERSHIP IS MADE:

(State the section number(s) and set forth the entire section(s) as it is amended to read, or attach a copy of the entire restated certificate of limited partnership.)

СЕРТИФИКАТ ОБ ОТМЕНЕ

CERTIFICATE OF CANCELLATION

3) ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ ОТМЕМЫ: _____

EFFECTIVE DATE OF CANCELLATION:

(Если дата не указана, датой вступления в силу будет считаться дата регистрации документа подразделением Корпоративное подразделение.)

(If none is stated, the effective date will be the date filed by the Corporation Division.)

ЗАПОЛНИТЕ РАЗДЕЛЫ 4, 5 ИЛИ 6 НИЖЕ.

COMPLETE SECTION 4, 5, OR 6 BELOW.

4) ПРИЧИНА СОСТАВЛЕНИЯ СЕРТИФИКАТА ОБ ОТМЕНЕ:

REASON FOR FILING CERTIFICATE OF CANCELLATION:

5) ДАННОЕ ОГРАНИЧЕННОЕ ПАРТНЕРСТВО ПРЕОБРАЗОВАНО В ПАРТНЕРСТВО. НАИМЕНОВАНИЕ ПАРТНЕРСТВА:

THIS LIMITED PARTNERSHIP WAS CONVERTED TO A PARTNERSHIP. THE NAME OF THE PARTNERSHIP IS:

6) **ДАННОЕ ОГРАНИЧЕННОЕ ПАРТНЕРСТВО ОБЪЕДИНЕНО С ПАРТНЕРСТВОМ ИЛИ ОГРАНИЧЕННЫМ ПАРТНЕРСТВОМ. НАИМЕНОВАНИЕ ПРАВОПРЕЕМНИКА:**

THIS LIMITED PARTNERSHIP MERGED WITH A PARTNERSHIP OR LIMITED PARTNERSHIP. THE SURVIVOR'S NAME IS:

7) **ИСПОЛНЕНИЕ:** (Необходимо подписать как минимум одного существующего главного партнера и подписи всех новых главных партнеров.)

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: (At least one existing general partner and each new general partner 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.)

**СЕРВИСНЫЙ
FEES**

Обязательный сервисный сбор 100 долл. США
Required Processing Fee \$100

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.