



# Solicitud de enmienda/retiro: entidad extranjera sin fines de lucro

Application for Amendment/Withdrawal - Foreign Nonprofit

Secretary of State - Corporation Division - 255 Capitol St. NE, Suite 151 - Salem, OR 97310-1327 - <http://sos.oregon.gov/business> - Teléfono: (503) 986-2200  
Phone: (503) 986-2200

## Marque la casilla que corresponda:

Check the appropriate box below:

### ENMIENDA A LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

(Complete solo 1, 2, 8)

AMENDMENT TO APPLICATION FOR AUTHORITY  
(Complete only 1, 2, 8)

### RETIRO DE AUTORIZACIÓN PARA OPERAR

(Complete solo 3, 4, 5, 6, 7, 8)

WITHDRAWAL OF AUTHORITY TO TRANSACT  
(Complete only 3, 4, 5, 6, 7, 8)

## NÚMERO DE REGISTRO:

REGISTRY NUMBER: \_\_\_\_\_

De conformidad con los artículos 410 a 490 del capítulo 192 de Estatuto Revisado de Oregon, la información contenida en esta solicitud es un registro de acceso público. Debemos divulgar esta información a toda parte que lo solicite, y se publicará en nuestro sitio web.

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.

Solo para uso interno  
For office use only

Típe o escriba en letra de imprenta de manera legible en tinta **negra**. Adjunte una hoja adicional si es necesario.

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

## ENMIENDA A LA SOLICITUD ÚNICAMENTE

AMENDMENT TO APPLICATION ONLY

### 1) NOMBRE DE LA ENTIDAD:

ENTITY NAME: \_\_\_\_\_

### 2) ENMIENDA: (La enmienda es de la siguiente manera).

AMENDMENT: (The amendment is as follows.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## RETIRO DE LA AUTORIZACIÓN PARA OPERAR ÚNICAMENTE

WITHDRAWAL OF AUTHORITY TO TRANSACT BUSINESS ONLY

### 3) NOMBRE:

NAME: \_\_\_\_\_

### 4) ESTADO O PAÍS DE CONSTITUCIÓN:

STATE OR COUNTRY OF INCORPORATION: \_\_\_\_\_

### 5) ESTA SOCIEDAD NO OPERA EN OREGÓN Y RENUNCIA A SU AUTORIZACIÓN PARA OPERAR EN OREGÓN.

THIS CORPORATION IS NOT TRANSACTING BUSINESS IN OREGON, AND SURRENDERS ITS AUTHORITY TO TRANSACT BUSINESS IN OREGON.

### 6) ESTA SOCIEDAD REVOCA LA AUTORIZACIÓN DE SU AGENTE REGISTRADO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES EN REPRESENTACIÓN DE ELLA Y DESIGNA AL SECRETARIO DEL ESTADO COMO AGENTE PARA RECIBIR NOTIFICACIONES EN CUALQUIER PROCESO QUE TENGA BASE EN UNA ACCIÓN JUDICIAL QUE RESULTE DEL PLAZO EN EL QUE ESTABA AUTORIZADA A OPERAR EN OREGÓN.

THIS CORPORATION REVOKES THE AUTHORITY OF ITS REGISTERED AGENT TO ACCEPT SERVICE ON ITS BEHALF AND APPOINTS THE SECRETARY OF STATE AS ITS AGENT FOR SERVICE OF PROCESS IN ANY PROCEEDING BASED ON A CAUSE OF ACTION ARISING DURING THE TIME IT WAS AUTHORIZED TO TRANSACT BUSINESS IN OREGON.

### 7) DIRECCIÓN POSTAL: (La dirección a la cual la persona que inicie un proceso legal puede enviar a esta sociedad una copia de toda notificación dirigida al secretario del estado. La sociedad notificará al registro mercantil de la División Corporativa sobre todo cambio en esta dirección postal durante un período de cinco años desde la fecha de este retiro).

MAILING ADDRESS: (The address to which the person initiating any proceeding may mail to this Corporation a copy of any process served on the Secretary of State. The Corporation will notify the Corporation Division, Business Registry of any change in this mailing address for a period of five years from the date of this withdrawal.)

---

8) **FORMALIZACIÓN:** (Debe estar firmado por al menos un funcionario o director).

Yo, como firmante autorizado, declaro bajo pena de perjurio que en este documento no se oculta, esconde, altera ni tergiversa de otra manera fraudulenta la identidad de ninguna persona, incluidos funcionarios, directores, empleados, miembros, gerentes o agentes. Este documento ha sido examinado por mí y, según mi leal saber y entender, es verdadero, correcto y está completo. Realizar una declaración falsa en este documento es contrario a la ley y puede sancionarse con multas, pena de prisión o ambas.

EXECUTION: (Must be signed by at least one officer or director.)

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.

Firma:  
Signature:

Nombre en letra de imprenta:  
Printed Name:

Cargo:  
Title:

**PERSONA DE CONTACTO:** (En caso de consultas sobre este documento).

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

**NÚMERO DE TELÉFONO:** (Incluir código de área).

PHONE NUMBER: (Include area code.)

**CARGOS**

FEES

Cargo administrativo requerido \$50  
Required Processing Fee

Los cargos administrativos no son reembolsables.  
Processing Fees are nonrefundable.

Se ruega girar el cheque a la orden de «Corporate Division» .  
Please make check payable to "Corporation Division."

En <http://sos.oregon.gov/business> hay copias gratuitas disponibles mediante el programa Búsqueda de Nombre Comercial.  
Free copies are available at <http://sos.oregon.gov/business> using the Business Name Search program.