



TOWN OF HILTON HEAD ISLAND  
 REVENUE AND COLLECTIONS DIVISION  
 ONE TOWN CENTER COURT  
 HILTON HEAD ISLAND, SC 29928  
 TELÉFONO (843) 341-4677 FAX (843) 341-4637

## FORMULARIO DE CIERRE O CAMBIO DE LICENCIA COMERCIAL

NOMBRE DEL NEGOCIO \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CUENTA: \_\_\_\_\_

**LAS LICENCIAS COMERCIALES NO SON TRANSFERIBLES: LOS NUEVOS PROPIETARIOS DEBEN ESTABLECER UNA CUENTA NUEVA**

TIPO DE CAMBIO	INFORMACIÓN DEL CAMBIO		FECHA DE ENTRADA EN VIGOR
NOMBRE DEL NEGOCIO			
LUGAR FÍSICO (NO APARTADOS POSTALES)			
SUITE (SI CORRESPONDE)			
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL			
DIRECCIÓN POSTAL: CALLE O APARTADO POSTAL			
CIUDAD/ESTADO/C			
TELÉFONO/FAX COMERCIAL			
CORREO ELECTRÓNICO			
N.º DE FEIN O ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL N.º DE SSN.			
NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL EDIFICIO			
DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO			
TELÉFONO DEL PROPIETARIO			
NOMBRE DEL ARRENDADOR			
DIRECCIÓN DEL ARRENDADOR			
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL			
TELÉFONO DEL ARRENDADOR			
	SÍ	NO	OTRO/EXPLIQUE:
¿ES ESTA LA OCUPACIÓN DE UNA CASA?			
¿EL ESPACIO HA ESTADO VACANTE POR 12 MESES O MÁS?			
¿HABRÁ CONSTRUCCIÓN?			
¿NUEVO LETRERO?			
¿CAMBIO EN EL TIPO DE NEGOCIO?			
¿CAMBIO EN EL USO DE OCUPACIÓN O EL USO DE ESTE ESPACIO?			
¿SE VENDE ESTE NEGOCIO?			
NOMBRE DEL NUEVO PROPIETARIO			
DIRECCIÓN DEL NUEVO PROPIETARIO			
TELÉFONO DEL NUEVO PROPIETARIO			
CAMBIO EN LA FRECUENCIA DEL PAGO DE IMPUESTOS A MENSUALMENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marque la casilla

NAME OF AUTHORIZED SIGNER: \_\_\_\_\_

SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_