**Cooperatives Change Authorization- Application to Add or Remove Participants**

**Autorización para Cambios en Cooperativas - Solicitud para Agregar o Remover Participantes**

Esta solicitud es para agregar o remover pacientes que han sido cualificados o proveedores designados de una cooperativa existente.

* Si se agrega un participante nuevo, deben haber pasado sesenta días desde que el paciente cualificado o proveedor designado anteriormente haya dejado de participar en la cooperativa.
* Más adelante se solicitará documentación adicional.
* Complete este formulario, obtenga las iniciales, firme y luego escanee y envíelo por correo electrónico a mjcooperatives@lcb.wa.gov.

Para obtener más información, visite [lcb.wa.gov](http://www.lcb.wa.gov). Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Licensing Division al 360-664-1600.

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección del Sitio | |
| Dirección de Envíos | |
| Contacto principal de la cooperativa | Teléfonos |
| Correo Electrónico | |
| *Nota: La/las persona(s) que se indica(n) arriba serán la/las persona(s) con las que se comunicará Liquor and Cannabis Board para completar esta solicitud y servirán como un contacto en este sitio para el Liquor and Cannabis Board. El Liquor and Cannabis Board debe ser informado dentro de los 15 días de la fecha en la que el paciente cualificado o el proveedor designado anteriormente deje de participar.* | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de los Participantes y/o Proveedores Designados | Fecha de Nacimiento | Dirección de Envíos | ¿Es un Proveedor Designado? |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |

Cada participante o proveedor designado incluido en la primera página de esta solicitud debe firmar y fechar:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma |  | Fecha |
| Nombre |  |  |
| Firma |  | Fecha |
| Nombre |  |  |
| Firma |  | Fecha |
| Nombre |  |  |
| Firma |  | Fecha |
| Nombre |  |  |