



LICENSING DIVISION (LD)
Acuerdo de cumplimiento
Compliance Agreement

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR			
NOMBRE DEL PROVEEDOR		NÚMERO DE PROVEEDOR	
NOMBRE DEL ADMINISTRADOR/DIRECTOR			
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO , WA	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR			
NOMBRE DEL EMPLEADO DE LD/LICENCIADOR DE CPA		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO , WA	CÓDIGO POSTAL

ACUERDO DE CUMPLIMIENTO RELACIONADO CON	
NÚMERO DE INGRESO	NÚMERO DE ACCIÓN DEL PROVEEDOR

CÓDIGO ADMINISTRATIVO DE WASHINGTON (WAC)	RESUMEN/DESCRIPCIÓN DEL INCUMPLIMIENTO	PLAN DE CORRECCIÓN	FECHA LÍMITE
110-148-			
110-148-			
110-148-			

FIRMA DEL EMPLEADO DE LD/CPA – Apruebo este plan de corrección.	
NOMBRE DEL EMPLEADO DE LD/CPA	
FIRMA DEL EMPLEADO DE LD/CPA	FECHA

FIRMAS DEL PROVEEDOR - Me comprometo a entregar comprobantes de que he corregido los problemas de incumplimiento antes mencionados tal como se resume en el plan de corrección, antes de las fechas indicadas.
SOLICITANTE A / NOMBRE DEL ADMINISTRADOR/DIRECTOR

SOLICITANTE A / FIRMA DEL ADMINISTRADOR/DIRECTOR	FECHA
NOMBRE DEL SOLICITANTE B	
FIRMA DEL SOLICITANTE B	FECHA

FIRMA DEL EMPLEADO DE LD/CPA – Recibí comprobantes de que los problemas de incumplimiento arriba descritos se han corregido.	
NOMBRE DEL EMPLEADO DE LD/CPA	
FIRMA DEL EMPLEADO DE LD/CPA	FECHA