Reiniciar formulario | Guardar como | Imprimir

Oregon Health Authority
DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA
Programa de Seguridad para Pozos Domésticos

800 NE Oregon Street, Suite 640
Portland, OR 97232
Voz: 971-673-0440
FAX: 971-673-0457
http://healthoregon.org/wells

Official use only (Para uso oficial únicamente)
Número de muestra:_____
Fecha de recolección:_____

Prueba de pozos domésticos para las transacciones inmobiliarias

Complete este formulario para todas las transacciones inmobiliarias que incluyan un pozo que suministre agua subterránea para uso doméstico. Envíe este formulario a la Autoridad de Salud de Oregon e incluya una copia de los resultados de la prueba para ARSÉNICO, BACTERIA COLIFORME y NITRATO. Esta información mejorará los conocimientos sobre las aguas subterráneas de Oregon y ayudará a proteger la salud de las personas que dependen de los pozos domésticos privados (OAR 333-061-0305). Los pozos de manantial, los pozos en lotes no desarrollados y los pozos que se usan únicamente para el riego están exentos de las reglas para las pruebas.

Información de la propiedad

Dirección de la propiedad:

_____ _____ _____ _____ _____
Calle *Ciudad* *Estado* *Código postal* *Condado*

Dirección del pozo: *(si es diferente a la dirección de la propiedad)*

_____ _____ _____ _____ _____
Calle *Ciudad* *Estado* *Código postal* *Condado*

¿Dónde se recolectó la muestra de agua? _____
(Ejemplo: grifo exterior, boca del pozo, fregadero de la cocina)

¿Se le notificó al comprador sobre los resultados de la prueba? ☐ Sí ☐ No

Información del pozo: obténgala a través del Departamento de Recursos Hídricos, 503-986-0900, o en línea en http://apps.wrd.state.or.us/apps/gw/well_log/Default.aspx

Municipio:_____ **Escala:**_____ **Sección:**_____ **Lote tributario:**_____

Identificación de la etiqueta del pozo:_____ *(Ejemplo: CLAC 12345)*
Número de identificación del pozo: L-_____ *(Ejemplo: L-12345)*
Profundidad del pozo:_____pies

El vendedor o la persona designada del vendedor debe completar lo siguiente: la persona designada del vendedor es aquella que el vendedor ha asignado para completar los trámites necesarios y enviar los resultados de la prueba a la OHA y al comprador (OAR 333-061-0335).

Nombre:_____ _____
Primer nombre *Apellido*

Número de teléfono: _____ **Correo electrónico:**_____

Official use only (Para uso oficial únicamente)
Fecha de recepción:

Envíe este formulario y los resultados de la calidad del agua a: *(elija una opción)*

Correo postal: Domestic Well Safety Program
800 NE Oregon Street, Suite 640
Portland, OR 97232

FAX: 971-673-0457
Correo electrónico: Domestic.Wells@odhsoha.oregon.gov
En línea: www.healthoregon.org/wells

Si tiene preguntas sobre este formulario, visite nuestro sitio web en www.healthoregon.org/wells o llámenos al: 971-673-0440