



**OREGON IGNITION INTERLOCK DEVICE
OVERSIGHT PROGRAM
DEVICE REMOVAL NOTICE**



Section 1 – IID Required Driver Information

NAME (FIRST, MIDDLE, LAST)	DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)	DRIVER LICENSE
----------------------------	----------------------------	----------------

Section 2 – Manufacturer's Representative Information

IID COMPANY NAME	PHONE
------------------	-------

Section 3 – Removal Acknowledgement

- 本人明白，我可于任何时候移除我的酒精点火互锁装置。
- 本人明白，移除酒精点火互锁装置是出于本人的意愿。
- 本人明白，提前移除酒精点火互锁装置可能导致我无法完成对使用点火互锁装置的规定。
- 本人明白，在移除酒精点火互锁装置时，制造商的代表（IID 公司）及 / 或进行移除服务的服务中心，将会按照规定向俄勒冈州驾驶员及机动车服务部（DMV）及俄勒冈州警察部之酒精点火互锁装置监管计划（OSP-IID）发出拆除装置的通知。
- 若本人在完成使用点火互锁装置规定之前，将点火互锁装置移除，我明白 DMV 可能会向我发出暂停驾驶通知书，如果本人没有在 45 天内安装回酒精点火互锁装置，我的驾车权限可能会被暂停。
- 本人明白，我可以通过参阅由法庭发出的文件，或通过致电 503-945-5037 与 DMV 联系，以确认我需要使用点火互锁装置规定的期限。
- 本人明白，制造商之代表及服务中心无需为我完成使用点火互锁装置的规定，及 / 或由于提前拆除装置导致我使用点火互锁装置规定期限出现任何中断而负上责任。

REQUIRED DRIVER'S SIGNATURE	DATE
-----------------------------	------