2007 FOR PROFIT CORPORATION ANNUAL REPORT

DOCUMENT # P05000068093

1. Entity Name

OXFORD PLAINS INVESTMENT CORPORATION



Principal Place of Business

150 ALAMBRA CIRCLE SUITE 1150 CORAL GABLES, FL 33134 Mailing Address

C/O NICOLE J. HUESMANN 150 ALHAMBRA CIR, STE 1150 CORAL GABLES, FL 33134

FILED Mar 22, 2007 8:00 am Secretary of State

03-22-2007 90148 001 *1,500.00

66006280



DO NOT WRITE IN THIS SPACE

01222007

No Chg-P

CR2E034 (11/05)

 4. FEI Number
 Applied For

 43-2081798
 Not Applicable

5. Certificate of Status Desired

\$8.75 Additional Fee Required

6. Name and Address of Current Registered Agent

Marati

HUESMANN, NICOLE J 150 ALHAMBRA CIRCLE SUITE 1150 CORAL GABLES, FL 33134

SIGNATURE:

DO NOT WRITE	• · ₹
假酸海维尼亚的 医甲基二甲二甲二甲二甲二甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲	
假酸海维尼亚的 医甲基二甲二甲二甲二甲二甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲	t :
假酸海维尼亚的 医甲基二甲二甲二甲二甲二甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲	, t
假酸海维尼亚的 医甲基二甲二甲二甲二甲二甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲甲	, -t
	٠-٤
IN THIS SPACE	
a karabakan alim di milan an mahalambaka kabakan ka	
	4: -
現場・経 短端 よく とんて 高南 しょいん しょうしょうきょうふごう にじばし ノル 株 みぬ じょう	
中国中国的 美国主意中的中国的 化二甲基甲烷 医硫甲酚亚磺酸甲基甲基甲亚甲亚亚	7
	7
医皮肤 医多头孢 医牙孔 化二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十	(* ** *
20.2025-1-1946 - 1951-1970 - 1971-1991-1991-1991-1991-1991-1999-1991-1991-1991-1991-1991-1991-1991-1991-1991-1	. "
Philipping No. No. No. 184 No. 1. L. L. Str. No. No. 18 Land Land Land Land Land Land Land Land	$x \cdot a^{*}$

3/16/07

784525-9816

8. The above named entity submits this statement for the purpose of changing its registered office or registered agent, or both, in the State of Florida. I am familiar with, and accept the obligations of registered agent.						
SIGNATURE Signature, typed or printed name of registered agent and title if applicable. (NOTE: Registered Agent signature required when reinstating) DATE						
FILE NOW!!! FEE IS \$150.00 After May 1, 2007 Fee will be \$550.00 9. Election Campaign Fina Trust Fund Contribution.						
10.	OFFICERS AND DIREC	TORS	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	· The second		
TITLE NAME STREET ADDRESS CITY-ST-ZIP	D TSENG, MEI NA 150 ALHAMBRA CIRCLE, SUITE 1150 CORAL GABLES, FL 33134		The state of the s	A TOTAL CONTRACTOR OF THE STATE		
TITLE NAME STREET ADDRESS CITY-ST-ZIP						
TITLE NAME STREET ADDRESS CITY-ST-ZIP			DC	NOT WRITE		
TITLE NAME STREET ADDRESS CITY-ST-ZIP			IN A STATE OF THE	THIS SPACE		
TITLE NAME STREET ADDRESS CITY-ST-ZIP				本でも一部の、大変な事業を受ける。 本では、大変ないない。 をは、ないないない。 をは、ないないない。 をは、ないないない。 をは、ないないない。 をは、ないないない。 をは、ないないない。 をは、ないないない。 をは、ないないない。 をは、ないないない。 をは、ないない。 をは、ないない。 をは、ないない。 をは、ないない。 をは、ないない。 をは、ないないない。 をは、ないない。 をは、ないない。 をは、ないないない。 をは、ないないないないないない。 をは、ないないないないないないないないないないないないないないないないないないない		
TITLE NAME STREET ADDRESS CITY-ST-ZIP						
12. I hereby certify that the information supplied with this filling does not qualify for the exemptions contained in Chapter 119, Florida Statutes. I further certify that the information indicated on this report or supplemental report is true and accurate and that my signature shall have the same legal effect as if made under oath; that I am an officer or director of the corporation or the receiver or trustee empowered to execute this report as required by Chapter 607, Florida Statutes; and that my name appears in Block 10 or Block 11 if changed, or on an attachment with an address, with all other like empowered.						

Mei Na Tseno

SIGNATURE AND TYPED OR PRINTED NAME OF SIGNING OFFICER OR DIRECTOR