

SOLICITUD DE MEMBRESÍA



Ocean County Library
Conectando personas, construyendo comunidad,
transformando vidas



Se requiere prueba de residencia para una tarjeta de la biblioteca.

Información personal	Por favor, escriba con letra de molde	Toda su información es confidencial
----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Titulo	Sufijo
Dirección/Numero de Apartamento				
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono ()	
Por favor marca su método preferido de notificación : Correo electrónico Teléfono Mensaje de texto* Compañía de teléfono:			Correo electrónico:	
¿Quiere recibir recibos electrónicos por su correo electrónico?			Sí o No	
Contraseña (4 mínimo dígitos, 16 máximo dígitos)				
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Grupo de edad: 0-5 6-12 13-16 17 18-29 30- 54 55-64 65+			
Dirección alternativa				
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono alternativo ()	
Dirección de correo electrónico alternativa				
Información Opcional:				
Hembra Váron				
Afroamericano Asiático Caucásico Hispano Americano nativo Multiracial Otro				

Yo acepto y obedeceré todas las reglas y los reglamentos de la Ocean County Library.

Firma _____

Firma del padre o guardián, si menor la edad de 17** _____

Por favor, escriba con letra de molde el nombre de padre o guardian _____

*Tarifas estándar de mensajes de texto pueden aplicar.

**Los padres o guardianes están responsables para las multas y tarifas de los libros y los materiales vencidas de sus menores bajo la edad de 17.

Staff Use Only ~ Barcode 23160 _____ Date _____ Record ID _____ Initials _____ Retain Until _____