

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:					
Correo electrónico Teléfono											
Mensaje de texto* Compañía de teléfono:											
¿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 guardians 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 _____