

ADULTO

Nombre Legal (Apellido, Nombre de Pila, Segundo Nombre) _____

Nombre Preferido _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Num. de Tel. Principal (_____) _____ Otro (_____) _____

Resido en Ciudad Municipio Pueblo de _____ en el condado de _____ .

Dirección de correo _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

(si es diferente de la de arriba)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____

Método de contacto preferido para información de reservaciones y notificaciones de vencimiento

Teléfono Correo electrónico: _____

Es posible que le enviemos alertas de nuevos servicios y programas. No Participar

Sus Responsabilidades MORE

Por la presente solicito el derecho de privilegios de préstamo en bibliotecas dentro del consorcio de bibliotecas MORE. Acepto cumplir con todas sus reglas y regulaciones (disponibles en línea en ecpubliclibrary.info/library-policies), pagar todas las multas, reparar cualquier pérdida o daño a libros o materiales en los que incurra, y dar aviso inmediato de cualquier cambio de residencia. En caso de pérdida o robo de mi tarjeta de la biblioteca o tarjeta llave, entiendo que soy responsable de los cargos en mi cuenta hasta la fecha en que se notifique a la biblioteca de su pérdida o robo.



Firma _____ Fecha _____

Este formulario debe presentarse en persona con prueba de su dirección residencial actual (licencia de conducir, correo/facturas o cualquier documento oficial que muestre su nombre y dirección actual).

Información en este formulario es confidencial según WI Statute 43.3

----- Staff Use Only -----

Date _____ Barcode 2/ _____ PTRN Type _____

Temp. Res. Yes No County _____ Notice Pref z p a

PTRN Alias _____ Act 150 _____ Staff Initials _____