

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) ____/____/____ Crear número PIN _____

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

Llamada

Correo electrónico: _____

Me gustaría recibir actualizaciones periódicas por correo electrónico sobre los servicios y eventos de la biblioteca.

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 _____