



Solicitud para la Tarjeta de las Bibliotecas LINCC

NOMBRE
(NOMBRE DE PILA)

SEGUNDO NOMBRE (COMPLETO)

APELLIDO(S)

PREFERIDO

DIRECCIÓN POSTAL

DEPARTAMENTO

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

DOMICILIO (EN CASO DE SER DIFERENTE AL LA DIRECCIÓN POSTAL)

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO TELEFÓNICO

FECHA DE NACIMIENTO

PIN (4 DÍGITOS)

DIRECCIÓN DE E-MAIL

¿DESEA RECIBIR E-MAILS Y NOTICIAS DE LA BIBLIOTECA?

PREFERENCIA DE AVISOS:
E-MAIL TELÉFONO

ACUERDO: Estoy de acuerdo que soy responsable de cualquier uso que se le de a mi cuenta y me comprometo a cumplir las reglas de la biblioteca. Esta tarjeta puede ser utilizada en todas las bibliotecas públicas del Condado de Clackamas. Los reglamentos y servicios varían entre las bibliotecas. Información acerca de una cuenta no se puede dar a ninguna otra persona que no sea el propietario.

FIRMA DEL SOLICITANTE:

FECHA

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN:

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN:

BARCODE	ID	MAPPED	Proof of Address Yes No
GN/NON-MIX/TEMP/PP	RESIDENCE AREA	NOTES	STAFF