

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 legible	Toda su información es confidencial
Apellido	Nombre	Segundo Nombre Título Sufijo

NOMBRE EN LA IDENTIFICACIÓN (si es diferente al nombre escrito anteriormente)

Marque la casilla para que se envíen notificaciones usando el nombre indicado en la identificación

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Título	Sufijo
Dirección/Número de Apartamento				
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono ()	
Por favor marque su método preferido de notificación: Correo electrónico Teléfono Mensaje de texto* Compañía de teléfono:			Correo electrónico:	
¿Desea recibir recibos digitales en su correo electrónico?			Sí o No	
Contraseña (mínimo 4 dígitos, máximo 16 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				

Acepto y obedeceré todas las reglas y los reglamentos de Ocean County Library.

Firma _____

Firma del padre o guardián, si la tarjeta es para un menor de 17 años** _____

Por favor, escriba con letra legible el nombre del padre/madre o guardián _____

*Se aplican las tarifas estándar de mensajería de texto.

**La Biblioteca del Condado de Ocean hace responsable a los padres y guardianes de menores de 17 años por las multas y tarifas asociadas a los libros y materiales prestados por ellos.