

# Sistema Regional de Bibliotecas Faulkner-Van Buren

## Solicitud de Tarjeta

Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, imprima claramente con tinta toda la información solicitada.

Nombre Segundo Nombre Apellido

(Opcional) Nombre Preferido Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

Teléfono (Opcional) Teléfono Secundario

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

(Opcional) Dirección Secundaria

Correo Electrónico

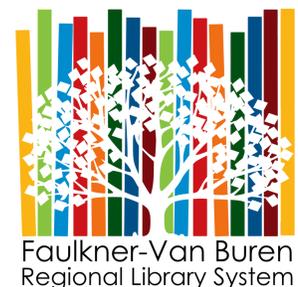
Notificaciones:  Correo Electrónico o  Correo  Regístrate Para Votar

Casilleros Accesibles para Sillas de Ruedas para Reservas

Al firmar y enviar esta solicitud, declaro que toda la información proporcionada es precisa a mi leal saber y entender. Acepto la responsabilidad de todo uso de esta tarjeta, todos los materiales retirados en esta tarjeta y todos los cargos realizados en su contra. Entiendo que el uso de mi tarjeta de la biblioteca no es transferible, y en caso de que la tarjeta se pierda o sea robada, notificaré a la biblioteca de inmediato. Los usuarios de 12 años de edad o menos deben tener un tutor legal que firme por ellos.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso



Staff: \_\_\_\_\_

Card Number: \_\_\_\_\_