

SOLICITUD DE MEMBRESÍA

Me gustaria más información Llame Email Correo

SOLICITE POR LA RED EN ADFCHURCHALLIANCE.ORG, O COMPLETE EL FORMULARIO Y ENVÍELO POR MEDIO DE:

EMAIL ChurchAlliance@ADFlegal.org | **FAX** 480-444-0028 | **CORREO** 15100 N. 90th Street, Scottsdale, AZ 85260

Nombre _____ Titulo _____

Correo Electronico _____ Numero Telefonico _____

Nombre de Iglesia _____ Teléfono de la Iglesia _____

Domicilio de la Iglesia _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Denominación _____ Correo Electrónico de Iglesia _____

Nombre de su Pastor _____ Correo Electrónico de su Pastor _____

¿ Como se enteró de nosotros?: _____

¿ Tiene Código Promocional?: _____

Asistencia a la iglesia	Plan Mensual	Plan Anual
Up to 150	<input type="checkbox"/> \$25	<input type="checkbox"/> \$250
151-500	<input type="checkbox"/> \$50	<input type="checkbox"/> \$500
501-1000	<input type="checkbox"/> \$100	<input type="checkbox"/> \$1,000
1001-2000	<input type="checkbox"/> \$200	<input type="checkbox"/> \$2,000
Over 2,000	<input type="checkbox"/> \$400	<input type="checkbox"/> \$4,000

ELIJA SU PLAN

El precio de membresía de ADF Church Alliance se basa en el promedio de asistencia a la iglesia y depende si el pago se realiza mensualmente o por adelantado a una tarifa descontada. La membresía es un acuerdo anual que se renueva automáticamente a menos que sea cancelada. Marque la casilla correspondiente para seleccionar un plan de pago mensual O anual.

   MAS _____

Nombre como aparece en su tarjeta _____

Dirección de facturación _____

Tarjeta # - - -

Fecha de Caducidad - Codigo [V?]

¿Está actualmente representado por un abogado? Si ese es el caso, por favor indique el nombre del abogado:

¿Está actualmente involucrado en un litigio, o tiene un problema legal actual? Si ese es el caso, por favor descríballo.

En nombre de la iglesia mencionada en este documento, he leído y entiendo el alcance de Servicios de ADF Church Alliance y la Declaración de Fe de ADF. Estoy de acuerdo con los últimos cuatro puntos de la declaración de fe de ADF; y como tal, acepto que mi tarjeta se cobre automáticamente por el monto indicado anteriormente.

Firma _____ Fecha _____

PLEASE TEAR ALONG PERFORATED LINE.