



2017 Forma de Membresía

Nombre _____

Dirección _____ Ciudad/Código Postal _____

Numero Telefonico _____

Correo Electronico (Email) _____

Nombre de Persona con Síndrome de Down _____

Fecha de nacimiento y edad de la persona _____

Su relación con la persona con Síndrome de Down _____

Costo Anual:

_____ Para una membresía individual o familiar, el costo anuales es Gratis

Forma de Pago:

- Check
- Credit Card ___ Mastercard ___ Visa

de Tarjeta _____

Fecha de expiración _____ Código de Seguridad _____

Nombre en la Tarjeta _____

Firma _____

DSABV tiene varios eventos donde se toman fotografías. Es posible que su hijo o su familia estarán en las fotografías. Estamos pidiendo su permiso para posiblemente utilizar las foto en formas de publicidad , artículos de periódicos , sitios web , televisión y/o vídeo , nuestro boletín y nuestros folletos.

Si quiere o no que las fotos o el nombre de su hijo sean utilizados , indique a continuación:

Si ___ No ___

Si seleccionó si, confirme con sus iniciales: _____