

REGISTRO PARA LA TARJETA DE LA BIBLIOTECA

(Por favor, escriba en letra de molde)

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Número pin de la tarjeta de biblioteca (4 dígitos) _____ Fecha de nacimiento _____

P.O. Box _____ Dirección postal actual _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono _____

Dirección de correo electrónico _____

Sí, quiero recibir el boletín electrónico de la biblioteca.

Autorizo a las personas siguientes a recoger mis reservas (opcional):

Por favor, escriba los nombres

Quiero recibir notificaciones de materiales reservados por: Llamada telefónica Correo electrónico Mensaje de Texto

(Por favor elige uno)

Prefiero recibir: Un recibo impreso Un recibo enviado por correo electrónico Ambos

Por favor, avísenos de cualquier cambio en su información para que podamos mantener su cuenta actualizada. La Biblioteca Pública del Condado de Cecil no es responsable de enviar avisos sobre materiales vencidos y se puede cobrar una tarifa por los reemplazos. Acepto la responsabilidad por el uso de esta tarjeta.

Firma _____ Fecha _____

Firma del parent/guardián (si el registrante es menor de 14 años)



Síguenos en las redes sociales:



SÓLO PARA USO DEL PERSONAL Staff Initials _____ Date _____