Formulário de Afiliação/Liderança Aglow Luz de Velas

Formulário de Afiliação/Liderança Aglow Candlelight Mudança de Forma de Líder

Datado disso de

 (dia) (mês / ano)

O *Grupo Aglow Candlelight* de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Nome da cidade/vila)*

na nação de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicita afiliação com a Aglow International.

Somos um: *(verifique um ou mais)*

Estudo Bíbli Grupo de Oração Grupo Doméstico

Cada líder que assinou abaixo concorda com estas declarações:

* Aceitei Jesus Cristo como meu Senhor e Salvador pessoal.
* Concordo com a declaração de crença da Aglow e com as declarações de *visão e missão da Aglow*. Procurarei cumpri-los em minha comunidade. (Veja o Manual Local*)*
* Eu frequento a igreja regularmente.
* Se alguma vez participei de alguma atividade oculta, renunciei a tais ensinamentos e atividades e pedi a Deus que me perdoasse.

Líder Chave **Por favor, responda às perguntas e assine:**

Nome Você está cheio do Espírito e você

Endereço speak in tongues? Sim Não

Cidade

Nação Você concorda com os pontos mencionados acima? Sim No

Telefone

Denominação

Membro do Comitê

Nome Você está cheio do Espírito com evidências de

Endereço falando em línguas? Sim Não

Cidade

Nação : Você concorda com os pontos mencionados acima?

Telefone Sim Não

Denominação

Membro do Comitê

Nome Você está cheio do Espírito com evidências de

Endereço falando em línguas? Sim Não

Cidade

Nação : Você concorda com os pontos mencionados acima?

Telefone Sim Não

Denominação

Descreva o tipo de Grupo Aglow Candlelight que você está iniciando:

Qual é o seu objetivo? (O que você espera realizar?)

Por favor, devolva este formulário à liderança da Aglow para sua nação:

Nome

Endereço

*Cidade, Estado/Província, Nação*

Ou para:

Global Field Office - International
Aglow International
P.O. Box 1749
Edmonds, WA 98020-1749 USA
Fax: (425) 778-9615

**Aprovado por:** Liderança da Aglow para sua nação

*Assinatura* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Data de aprovação*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_