

DEMANDE D'AFFILIATION POUR LES COUPLES LOCAUX D'AGLOW

☐ Demande d'affiliation pour les couples locaux d' Aglow ☐ Formulaire de changement de dirigeant
S'IL VOUS PLAÎT TAPER OU IMPRIMER

Ce groupe de couples demande à être affilié à AGLOW INTERNATIONAL et demande à être reconnu comme le COMMUNAUTÉ LOCALE DE COUPLES AGLOW à _____

(Ville et pays)

Date _____
(Jour/mois/année)

- Nous, les responsables énumérés ci-dessous, sommes d'accord avec la déclaration d'Aglow « Ce que nous croyons » et acceptons de suivre les politiques d'Aglow International.
- Nous convenons que les « conseillers » de notre groupe local seront le Conseil national d'Aglow de notre pays et comprenons que les « conseillers locaux » ne sont plus une exigence pour l'affiliation.
- Nous convenons que si notre demande est refusée, ou si notre affiliation est résiliée par la suite, nous cesserons d'utiliser le nom « AGLOW INTERNATIONAL » ou tout autre nom si similaire qu'il serait trompeur.

PRÉSIDENT

Nom de l'époux _____
Nom de l'épouse _____
Adresse _____
Ville _____
Pays _____
Téléphone _____
E-Mail _____
Église et dénomination _____
Langues que vous parlez _____

VICE-PRÉSIDENT

Nom de l'époux _____
Nom de l'épouse _____
Adresse _____
Ville _____
Pays _____
Téléphone _____
E-Mail _____
Église et dénomination _____
Langues que vous parlez _____

SECRETARY

Nom de l'époux _____
Nom de l'épouse _____
Adresse _____
Ville _____
Pays _____
Téléphone _____
E-Mail _____
Église et dénomination _____
Langues que vous parlez _____

TREASURER

Nom de l'époux _____
Nom de l'épouse _____
Adresse _____
Ville _____
Pays _____
Téléphone _____
E-Mail _____
Église et dénomination _____
Langues que vous parlez _____

AGENT SUPPLÉMENTAIRE

Nom _____

Position: _____ Options : (Coordinateur de prière, Deuxième Secrétaire)

Adresse _____

Ville _____

Pays _____

Téléphone _____

E-Mail _____

Église et dénomination _____

Langues que vous parlez _____

POUR LE COURRIER POSTAL

ENCADRÉ VEUILLEZ L'ÉCRIRE ICI :

Numéro de boîte _____

Ville _____

Pays _____

GROUPE LOCAL AGLOW

Lieu de rendez-vous _____

Adresse _____

Ville _____

Jour _____ Heure _____

Semaine du mois (encerclez un) : 1 2 3 4

Envoyez le courrier à l'adresse suivante :

Aglow Leader national pour votre nation

Ou

Global Field Office – International

Aglow International

P.O. Box 1749

Edmonds, WA 98020-1749, USA

Approuvé par :

Aglow Leader national pour votre nation

Signature _____

Titre _____

Date d'approbation _____