

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE PAREJAS LOCALES DE AGLOW

☐ **Solicitud de afiliación de parejas locales de Aglow** ☐ **Formulario de cambio de oficial**
POR FAVOR ESCRIBA O IMPRIMA

Este grupo de parejas solicita afiliación en AGLOW INTERNATIONAL y solicita reconocimiento como el
COMPAÑERISMO DE PAREJAS LOCALES AGLOW en _____
(Ciudad y País)

Fecha _____
(Día/mes/año)

- Nosotros, los funcionarios que se enumeran a continuación, estamos de acuerdo con la declaración de Aglow de "Lo que creemos" de Aglow y aceptamos seguir las políticas de Aglow International.
- Estamos de acuerdo en que los "asesores" de nuestro grupo local serán la Junta Nacional Aglow de nuestra nación y entendemos que los "asesores locales" ya no son un requisito para la afiliación.
- Acordamos que si nuestra solicitud es denegada, o si nuestra afiliación se cancela posteriormente, suspenderemos el uso del nombre "AGLOW INTERNATIONAL" o cualquier otro nombre tan similar que sea engañoso.

PRESIDENTE

Nombre del marido _____
Nombre de la esposa _____
Dirección _____
Ciudad _____
País _____
Teléfono _____
E-Mail _____
Iglesia y denominación _____
Idiomas que hablas _____

VICEPRESIDENTE

Nombre del marido _____
Nombre de la esposa _____
Dirección _____
Ciudad _____
País _____
Teléfono _____
E-Mail _____
Iglesia y denominación _____
Idiomas que hablas _____

SECRETARIO

Nombre del marido _____
Nombre de la esposa _____
Dirección _____
Ciudad _____
País _____
Teléfono _____
E-Mail _____
Iglesia y denominación _____
Idiomas que hablas _____

TESORERO

Nombre del marido _____
Nombre de la esposa _____
Dirección _____
Ciudad _____
País _____
Teléfono _____
E-Mail _____
Iglesia y denominación _____
Idiomas que hablas _____

ADDITIONAL OFFICER

Nombre del marido_____

Nombre de la esposa_____

Posición_____ Opciones: (Coordinador de Oración, Segundo Secretario)

Dirección_____

Ciudad_____

País_____

Teléfono_____

E-Mail_____

Iglesia y denominación_____

Idiomas que hablas_____

PARA CORREO A LA OFICINA DE CORREOS

BOX POR FAVOR ESCRÍBALO AQUÍ:

Número de caja_____

Ciudad_____

País_____

GRUPO AGLOW LOCAL

Lugar de encuentro_____

Dirección_____

Ciudad_____

Día_____ Hora_____

Semana del mes (encierre en un círculo uno): 1 2 3 4

Envíe a:

Líder nacional brillante para su nación

O

Global Field Office – International

Aglow International

P.O. Box 1749

Edmonds, WA 98020-1749, USA

Aprobado por:

Líder nacional brillante para su nación

Firma_____

Título_____

Fecha de aprobación_____