



## Aplicación de Membresía Individual 2019-2020

Gracias por su compromiso a Detention Watch Network.

| INFORMACIÓN DE CONTACTO INDIVIDUAL  |   |                |
|---|---|----------------|
| Nombre:   |   |                |
| Apellido:   |   |                |
| Organización (si aplica):   | Titulo:   |                |
| Teléfono:   | Correo electrónico:   |                |
| Dirección:  |   |                |
| Ciudad:   | Estado:   | Código Postal: |
| Pronombres:   | Idioma principal:<br>ingles, español, otro: _____   |                |
| CUOTAS DE MEMBRESIA   |   |                |
| <i>Le recordamos que se comunique con nosotrxs si no puede cumplir con las obligaciones de cuotas de membresía. Haremos todo lo que este en nuestro alcance para atender sus necesidades.</i> |   |                |
| Cuotas de membresía individual  |   |                |
| <input type="checkbox"/> <b>\$0.00</b> Individuo directamente afectado o miembro de familia   |   |                |
| <input type="checkbox"/> <b>\$75.00</b> Membresía individual  |   |                |
| <input type="checkbox"/> <b>\$25.00</b> pago estudiantil  |   |                |
| METODO DE PAGO  |   |                |
| <input type="checkbox"/> <b>Tarjeta de Crédito</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Cheque a nombre de "Tides Center"</b> incluido (patrocinador fiscal de DWN) |                |
| Tipo de Tarjeta:  | Cantidad a cobrar: \$   |                |
| Numero de Tarjeta:  | Fecha de vencimiento:   | CVV:           |
| Nombre en Tarjeta:  |   |                |
| Dirección de factura:   |   |                |
| Ciudad:   | Estado:   | Código Postal: |
| FIRMA   |   |                |
| <i>Al firmar debajo usted certifica: (1) Pago; (2) Que no es empleado gubernamental o de los medios; (3) y esta de acuerdo con la misión, valores y principios de DWN</i>                     |   |                |
| Firma:  | Fecha:  |                |

