

# FORMULARIO DE CAMBIO DE INFORMACIÓN DE DISTRITO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

To be forwarded to Area 14 Registrar to make updates to General Service Office records

Please provide as much information as possible

<b>Area</b>	14	<b>Distrito:</b>	<b>Date</b>
-------------	----	------------------	-------------

**Lenguaje del Distrito:** *Español* \_\_\_ *Frances* \_\_\_ *Ingles* \_\_\_

**MCD saliente** (Miembro del comité de distrito)

**MCD entrante** (Miembro del comité de distrito)

<b>Nombre:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____ Ciudad/Estado/ Código Postal: _____ No. de teléfono: _____ Correo electrónico: _____	<b>Nombre:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____ Ciudad/Estado/ Código Postal: _____ No. de teléfono: _____ Correo electrónico: _____
--	--

Recibe Minutos de Area 14 traves de: Correo electrónico:  Correo:

**CRCD saliente** (Coord.de la reunión del comité de distrito)

**CRCD entrante** (Coord.de la reunión del comité de distrito)

<b>Nombre:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____ Ciudad/Estado/ Código Postal: _____ No. de teléfono: _____ Correo electrónico: _____	<b>Nombre:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____ Ciudad/Estado/ Código Postal: _____ No. de teléfono: _____ Correo electrónico: _____
--	--

Recibe Minutos de Area 14 traves de: Correo electrónico:  Correo:

**NAME OF COMMITTEE:** \_\_\_\_\_

**Coordinador de Comite:**

**Coordinador de Comite:**

<b>Nombre:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____ Ciudad/Estado/ Código Postal: _____ No. de teléfono: _____ Correo electrónico: _____	<b>Nombre:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____ Ciudad/Estado/ Código Postal: _____ No. de teléfono: _____ Correo electrónico: _____
--	--

Recibe Minutos de Area 14 traves de: Correo electrónico:  Correo:

**Signature DCM:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Return this form to North Florida Registrar:

Registrar, 728 West Ave. #148, Cocoa, FL 32927  
 or  
 registrar@aanorthflorida.org