

FORMULARIO DE CAMBIO DE INFORMACIÓN DE DISTRITO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Para mandar al registrador del Área 14 quien en torno lo manda a la Oficina de Servicios Generales

Favor incluir la mayor información posible

Area	14	Distrito:		Fecha:	
-------------	----	------------------	--	---------------	--

Idioma del Distrito: **Español Francés Inglés** **MCD saliente** (Miembro del comité de distrito)**MCD entrante** (Miembro del comité de distrito)

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Ciudad: _____

Estado/Código Postal: _____

Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Email: _____

Preferencia para recibir las Actas del Área 14: Email: Correo: **CRCD saliente** (Coord. de la reunión del comité de distrito)**CRCD entrante** (Coord. de la reunión del comité de distrito)

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Cuidad: _____

Cuidad: _____

Estado/Código Postal: _____

Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Email: _____

Preferencia para recibir las Actas del Área 14: Email: Correo: **Coordinador de Comité saliente:****Coordinador de Comité entrante:****Nombre del comité:**

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Ciudad: _____

Estado/Código Postal: _____

Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Email: _____

Preferencia para recibir las Actas del Área 14: Email: Correo:

Firma del MCD: _____

Fecha: _____

Devolver este formulario al registrador: Registrar, P.O. Box 15504 Brooksville, FL 34604
ó vía email a: registrar@aanorthflorida.org