

APLICACIÓN PARA MEMBRESIA DE WSFCCA

Nombre _____

Nombre de la Empresa _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Correo Electrónico _____

Número de STARS _____

MARQUE UNO

_____ MIEMBRO COMPLETO (posee una licencia de cuidado infantil válido)

_____ MIEMBRO ASOCIADO (espos(a), asistente, and jubilado)

ESCOJA SU CAPÍTULO (GRUPO) (VEA LA LISTA DEL CAPÍTULO EN LA)

Nombre del Capítulo (Grupo) _____

Vaya a wsfcca.com use PayPal y pague con tarjeta de crédito cheques o giros
POR FAVOR NO ENVIE EFECTIVO

NÚMERO DE CHEQUE _____

\$60 de tarifa por todo cheque sin fondo

ESCRIBA EL CHEQUE A NOMBRE DE WSFCCA

Y EVÍELO A: WSFCCA

Lari Piel – Membership 3514 NE 155th Ave, Vancouver WA 98682