



Federación de Baloncesto de Puerto Rico

SOLICITUD DE MEMBRESIA DE ATLETA

APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

MUNICIPIO: _____, P.R. ZIPCODE: _____

EMAIL: _____

CLUB / ORGANIZACIÓN: _____



INFORMACIÓN DE PADRES

NOMBRE DE MADRE: _____ TELEFONO: (_____) _____ - _____

NOMBRE DE PADRE: _____ TELEFONO: (_____) _____ - _____

NUM. de Membresia: # _____

_____ **Vence:** _____ FECHA DE VENCIMIENTO: ____/____/____

NUMERO TARJETA PARA PAGO _____

FECHA DE PAGO: ____/____/____

FECHA EXPIRACION _____ # SEGURIDAD _____

TARJETA: _____ VISA _____ AMEX

_____ MC _____ EFECTIVO

_____ \$5.00 PAGO MEMBRESIA