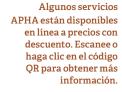
Solicitud de membresía



Nombre:_

American Paint Horse Association

122 East Exchange Ave • Fort Worth, Texas 76164 (817) 834-APHA (2742) • Fax: (817) 834-3152 apha.com • askapha@apha.com





Por favor devuelva el formulario completo y el pago a la dirección indicada a la izquierda.

Miembros actuales de APHA / APHA que necesiten para Competir y / o recibir premios. Visite apha.com para suscribirse a Mi APHA Plus, un servicio de suscripción de miembros.

Fuiste miembro en el pasado? Si No S	i es si, # de Miembro #:		
Domicilio:			
Ciudad:	Estado/Provi	incia:	C.P:
País:		Fecha de Nacimiento:	mes / día / año
Telefono:	E-mail: _		
Nivel de Membresía			
Adulto	Junior (18 o menos)		
Anual – \$89**	Anual – \$39**		
3-Años – \$199**	3-Años – \$79**		
5-Años – \$319**	Hasta cumplir 18 – \$159**	•	
Vitalicia – \$750	Fecha de Nacimiento:		
Fecha de Nacimiento:/	(Expira 31/12 del año que cumplo	a 18 años de	
Los programas y tarifas están sujetos a cambios sin previo aviso.	edad.) Estos \$ 125 se pueden apl de una membresía de adulto de sea aplicable.	•	
Metodo de Pago MasterCard Visa American Express	6	Información de pago debe acor enviado a APHA. Al proporcion todos los cargos necesarios par	ar detalles de pago, autorizo
Al ingresar la información de mi tarjeta de crédito y firmar a continuación, autorizo todos los cambios necesarios para completar este archivo. Si paga con Tarjeta de Crédito, por favor complete lo siguiente:			
No de tarjeta.:	Fech	a de Expiracion:	CVV#:
Nombre que aparece en la tarjeta:			
Domicilio:			
Ciudad:(Dirección del titular de la tarjeta si no es la m	nisma que la persona de arribo	Estado:	C.P:
Telefono de oficina:			
Firma:			