**No.de Servicio de Grupo: FECHA:**

**ÁREA 15 SUR DE LA FLORIDA Formulario Cambio de Información de Grupo de Alcohólicos Anónimos**

**AREA No. 15 DISTRITO No. 2 No. DE MIEMBROS:**

 **INFORMACIÓN NUEVA**

 **INFORMACIÓN ANTERIOR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL GRUPO: En persona□ Híbrido□ Solamente en Línea□ (Por favor marque uno √ )Ubicación del Grupo: Calle: Ciudad/Localidad Estado: Código Postal: Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | NOMBRE DEL GRUPO: En persona□ Híbrido□ Solamente en Línea□ (Por favor marque uno √ )Ubicación del Grupo: Calle: Ciudad/Localidad Estado: Código Postal: Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| **DÍA DE LA REUNIÓN****LUN □ │ MAR □ │ MIER □ │ JUEV □ │ VIER □ │ SAB □ │ DOM □** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **DÍA DE LA REUNIÓN****LUN □ │MAR □ │ MIER □ │ JUEV □ │ VIER □ │ SAB □ │ DOM □** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| **HORAS DE REUNIÓN****\_\_\_\_\_\_\_│\_\_\_\_\_\_\_│ \_\_\_\_\_\_\_│ \_\_\_\_\_\_\_│ \_\_\_\_\_\_ │ \_\_\_\_\_\_\_│ \_\_\_\_\_\_**IDIOMA (Por favor marque uno √) INGLÉS□ ESPAÑOL□ FRANCÉS□ OTROS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | **HORAS DE REUNIÓN****\_\_\_\_\_\_\_│\_\_\_\_\_\_\_│ \_\_\_\_\_\_\_│ \_\_\_\_\_\_\_│ \_\_\_\_\_\_ │ \_\_\_\_\_\_\_│ \_\_\_\_\_\_**IDIOMA (Por favor marque uno √) INGLÉS□ ESPAÑOL□ FRANCÉS□ OTROS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------** |  |  |
| **REPRESENTANTE DE SERVICIOS GENERALES (R.S.G.)**Nombre: Calle: Ciudad/Localidad State: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zip Code: Teléfono:\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: **SUPLENTE R.S.G.** □ **o CONTACTO POR CORREO**□(Por favor, marque uno √ )Nombre: Calle: Ciudad/Localidad State: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zip Code: Teléfono:\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: ¿Desea recibir las Agendas/Actas del Área? Sí □ No□ ¿Desea recibir las Agenda/Actas del Distrito? Sí □ No□ ¿El RSG desea recibir el paquete del RSG de la OSG? Sí □ No□ En caso afirmativo, ¿el RSG desea un paquete de  copia digital □ impresa□?  | **REPRESENTANTE DE SERVICIOS GENERALES (R.S.G.)**Nombre: Calle: Ciudad/Localidad State: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zip Code: Teléfono:\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: **SUPLENTE R.S.G.** □ **o CONTACTO POR CORREO**□(Por favor, marque uno √ )Nombre: Calle: Ciudad/Localidad State: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zip Code: Teléfono:\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: ¿Desea recibir las Agendas/Actas del Área? Sí □ No□ ¿Desea recibir las Agenda/Actas del Distrito? Sí □ No□ ¿El RSG desea recibir el paquete del RSG de la OSG? Sí □ No□ En caso afirmativo, ¿el RSG desea un paquete de  copia digital □ impresa□?  |  |  |

*"Nuestra membresía debe incluir a todos los que sufren de alcoholismo. Por lo tanto, no podemos rechazar a nadie que desee recuperarse. La membresía de A.A. jamás deberá depender de dinero o conformidad. Cuando cualesquiera dos o tres alcohólicos se reúnan para estar sobrios podrán llamarse a sí mismos un grupo de A.A. siempre que, como grupo, no tengan otra afiliación." Tradición Tres (forma larga).*

*"Cada grupo de Alcohólicos Anónimos debe ser una entidad espiritual que tenga solamente un propósito primordial - el de llevar su mensaje al alcohólico que todavía sufre." Tradición Cinco (forma larga)*

*"*A menos que haya un amoldamiento apropiado a las Doce Tradiciones de AA, el grupo podría deteriorarse y morir.*" - Doce Pasos y Doce Tradiciones, Pag.174*

**FIRMA: FECHA:**

|  |
| --- |
|  ***SÍRVASE ENVIARLO A:*** **registrar@aatampa.org** ***and registrar@area15aa.org*** |