**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**](mailto:registrar@aatampa.org) ***and registrar@area15aa.org*** |