*"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. tampoco debería depender jamás de dinero o conformidad. Cualesquiera dos o tres alcohólicos reunidos para estar sobrios pueden llamarse a sí mismos un grupo de A.A. siempre que, como grupo, no tengan otra afiliación." Tradición Tres (forma larga)*

**AREA 15 SUR DE LA FLORIDA** **Nuevo Formulario de Grupo Alcohólicos Anónimos ANONIMaAaAnónimos**

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

*"A menos que haya conformidad apropiada con las Doce Tradiciones de A.A., el grupo... puede deteriorarse y morir." Doce pasos y Doce Tradiciones, página 174.*

**Las tradiciones de A.A. sugieren que un grupo no debe llevar el nombre de una instalación o miembro (vivo o fallecido) y que el nombre de un grupo no debe implicar afiliación con ninguna secta, religión, organización o institución.**

**NOMBRE DEL GRUPO: FECHA DE INICIO DEL GRUPO:**

**SOLAMENTE EN PERSONA: HÍBRIDO:** **SOLAMENTE EN LÍNEA: [Por favor, marque Uno] NÚMERO DE MIEMBROS: \_\_\_\_\_\_\_**

**DIRECCIÓN:**

**CIUDAD/LOCALIDAD: ESTADO \_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DÍA(S) DE REUNIÓN**  **HORAS DE REUNIÓN** | **LUN □**  **\_\_\_\_\_\_\_** | **MAR □**  **\_\_\_\_\_\_\_\_** | **MIER □**  **\_\_\_\_\_\_\_\_** | **JUEV □**  **\_\_\_\_\_\_\_\_** | **VIER □**  **\_\_\_\_\_\_\_\_** | **SAB □**  **\_\_\_\_\_\_\_\_** | **DOM □**  **\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **IDIOMA (Por favor, marque uno √) INGLÉS□ ESPAÑOL□ FRANCÉS□ OTROS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Especificar)** | | | | | | | |

**REPRESENTANTE DE SERVICIOS GENERALES**

**NOMBRE: E-MAIL:**

**DIRECCIÓN: CIUDAD/LOCALIDAD:**

**ESTADO: CÓDIGO POSTAL: TELÉFONO:**

**RSG SUPLENTE/ALTERNO □ O CONTACTO POR CORREO □ (Por favor marque uno)**

**NOMBRE: E-MAIL:**

**DIRECCIÓN: CIUDAD/LOCALIDAD:**

**ESTADO: CÓDIGO POSTAL: TELÉFONO:**

¿Desea recibir las Agendas/Actas del Área **□Sí □No En caso afirmativo por** Email **□ o Correo Postal****□**

¿Desea recibir la(s) Agenda/Actas del Distrito? **□Sí □No En caso afirmativo por** Email **□ o Correo Postal□**

¿Quieres recibir Paquete del RSG de la OSG? **□Sí □No En caso afirmativo por** Email **□ o Correo Postal□**

Si es así, ¿quiere un paquete de RSG digital o uno de copia impresa? **Digital□ Copia Impresa** **□**

**FIRMA: FECHA:**

**NÚMERO DE SERVICIO DE GRUPO (ASIGNADO POR LA OSG) #: Distrito 2 Subdistrito**

|  |
| --- |
| ***SÍRVASE ENVIARLO A:*** [**registrar@aatampa.org**](mailto:registrar@aatampa.org) ***and registrar@area15aa.org*** |