



FOR YOUTH DEVELOPMENT®  
FOR HEALTHY LIVING  
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

BRANCH #

--	--

MEMBERSHIP #

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# YMCA OF GREATER GRAND RAPIDS ACUERDO DE MEMBRESÍA

## INFORMACIÓN DEL MIEMBRO PRIMARIO

TÍTULO (Sr., Sra., Srta.)	NOMBRE	S.N.	APELLIDO

## LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE FOTO/TALENTO

Yo le doy permiso a YMCA de Grand Rapids y sus Afiliados para usar, sin limitación ni obligación, fotografías, películas, grabaciones u otro medio el cual pueda incluir imágenes o voces de mí y mi familia, para propósitos de promover o interpretar programas del YMCA.

NOMBRE (FAVOR EN LETRA DE MOLDE)	FIRMA

## RESPONSABILIDAD - TODOS LOS ADULTOS EN LA MEMBRESÍA TIENEN QUE COMPLETAR

Entiendo que YMCA de Greater Grand Rapids no asume alguna responsabilidad por lesiones, las cuales yo o mi hijo pueda sufrir como resultado de mi condición física o la de mi hijo, o como resultado de mi participación o la de mi hijo, en cualesquiera actividades, programas, ejercicios, o del uso de cualquier facilidad, equipo, u otras actividades organizadas o auspiciadas por YMCA de Greater Grand Rapids y sus Afiliados. Yo expresamente reconozco que asumo el riesgo por cualquier y todas lesiones y enfermedades que puedan resultar. En consideración del privilegio de ingresar a, o usar el YMCA, yo, por la presente, voluntariamente libero a YMCA de Grand Rapids, sus agentes, servidores y empleados, de cualquier y todas las reclamaciones por lesiones, heridas, muerte, o daños que yo o mi hijo podamos sufrir. Yo entiendo que YMCA de Grand Rapids NO es responsable por cualquier propiedad personal perdida o robada mientras los miembros y/o participantes de sus programas estén usando las facilidades del YMCA, o en su propiedad. Todos los miembros prospectos y actuales son revisados contra una base de datos o registro de delinquentes sexuales nacional, estatal y/o tribal.

NOMBRE (FAVOR EN LETRA DE MOLDE)	FIRMA (TODOS LOS ADULTOS FIRMAR, SI DE ACUERDO)

## OPCIONES DE PAGO & TÉRMINOS

Mi membresía en YMCA será considerada como continua hasta el momento que yo decida terminarla. **Esta autoridad le permite a YMCA a debitar mi cuenta en base de mes-por-mes. Yo estoy de acuerdo de que si yo, por cualquier razón, deseo cambiar el estatus de mi membresía, tengo que darle a YMCA una notificación por escrito con 14 días de adelanto de mi fecha de EFT.** Yo entiendo que YMCA se reserva el derecho de ajustar mis tarifas de membresía según sea necesario, las cuales yo estoy de acuerdo en pagar, con, por lo menos 14 días de notificación por adelanto por escrito. Yo también entiendo que YMCA tomará los pasos necesarios para cobrar mis cuotas de membresía, si necesario, incluyendo potencialmente enviar mi cuenta para colección.

INICIALES DEL MIEMBRO \_\_\_\_\_

ESCOJA TODO LO QUE APLICA

**Membresía Pre-pagada** FECHA DE EXPIRACIÓN \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Asistencia Financiera** FECHA DE EXPIRACIÓN \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**EFT Mensual (Cargos bancarios podrían tomar hasta 14 días)**

Por la presente autorizo a YMCA de Greater Grand Rapids a debitar mi cuenta y que el débito se iniciará en la fecha de comienzo, según detallado en la sección de pago. Esta autorización le permite a YMCA de Greater Grand Rapids a debitar mi cuenta a base de mes-por-mes. **Si yo deseo descontinuar mi membresía, YMCA de Greater Grand Rapids deberá recibir una notificación por escrito, 14 días antes de la próxima fecha del débito bancario.** Si mi banco, por cualquier razón, no honrara mi débito, yo soy responsable por el pago, además de un cargo de servicio por \$25 aplicado a YMCA. Esto es en adición a cualesquiera cargos o penalidades que yo pueda incurrir por mi banco o institución financiera. Yo entiendo que es mi responsabilidad la de notificarle a YMCA por escrito si yo cambio instituciones financieras, obtengo una tarjeta nueva de crédito, y/o si yo hago cambios a mi cuenta en cualquier momento.

**Membresía Corporativa**

Yo entiendo que, como parte de un programa de Membresía Corporativa, yo recibo una tarifa especial de membresía que está contingente en mi estatus activo con mi empleador. Yo también entiendo que, si ya no estoy empleado con la compañía ofreciendo este programa, mi tarifa cambiará a la base actual.

## PAGO

USO DEL PERSONAL SOLAMENTE

Comienza en \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\$ \_\_\_\_ Tarifa de Membresía

\$ \_\_\_\_ Cantidad por Inscripción

\$ \_\_\_\_ Locker

\$ \_\_\_\_ Adicional

\$ \_\_\_\_ Y Membresía Corporativa

\$ \_\_\_\_ **TOTAL EFT MENSUAL**

INGRESO \$ \_\_\_\_\_

INICIALES DEL MIEMBRO \_\_\_\_\_

INICIALES DEL PERSONAL \_\_\_\_\_

Crédito/Débito

ACH

Renovación \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MIEMBRO \_\_\_\_\_

FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

PERSONAL \_\_\_\_\_