

Solicitud de Membresía



ALBANY FIREMED
PO BOX 490
ALBANY, OR 97321
(541) 917-7710

El costo de la membresía es de \$65

Se aceptan cheques o efectivo.

Los cheques se hacen a nombre de la ciudad de Albany.

Adicionalmente las contribuciones deducibles de impuestos son bienvenidas.

\$50 \$100 \$_____

Uso exclusivo de la Oficina

Membership # _____

Date Received _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____ Número de Seguro Social _____

Dirección Donde Reside (si es diferente de la ya proporcionada) _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigó Postal _____

Lista de todos los residentes permanentes que viven en su domicilio. Nombre del cónyuge o dependientes que viven en una casa de hogar o cuidado de enfermería.

Cónyuge _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación _____

Yo y/o (nosotros) he leído el acuerdo FIREMED al reverso y acepto los términos y condiciones que se indican. Yo autorizo el pago directo de beneficios del seguro médico al servicio de ambulancia del Departamento de Bomberos de Albany. Mi firma en esta solicitud autoriza al servicio de ambulancia del Departamento de Bomberos de Albany a presentar cualquier reclamación o factura de cualquier plan de seguro de salud de la que soy miembro. Mi firma indica que he recibido una copia del acuerdo FIREMED del servicio de ambulancia del Departamento de Bomberos del Abany con previo aviso a la privacidad del Paciente.

X _____
Firma del Miembro _____ Fecha _____

DEBE ACOMPAÑAR A ESTA SOLICITUD CON UN PAGO DE \$65 DOLARES

Si paga con cheque, por favor hagalo a nombre de la ciudad de Albany.

No recibirá una tarjeta de membresía FireMed.

Todas las emergencias 9-1-1 son tratadas por igual, independientemente de la condición de miembro FIREMED; por lo tanto, una tarjeta de membresía no es necesaria.

Todas las Membresías caducan el 30 de junio