

Formulario de Miembros de Comité de Gala

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Núm. de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Dónde se enteró de nosotros? _____.

¿Ha sido voluntario de una gala anteriormente?

Nombre del lugar donde hacia trabajo voluntario: _____

¿Qué actividades desarrollaba? _____

Area de interes:

¿Qué papel estaría usted interesado en ser parte de?

subasta silenciosa medios de comunicación social/relaciones públicas patrocinios

¿Cuáles son sus horas semanales de disponibilidad?

¿Cuáles son sus talentos especiales?

¿Qué es lo que le inspiró para ser voluntario?

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación con el voluntario: _____

Número de teléfono: _____

Por favor llene el formulario y enviarlo por correo electrónico a info@latinoalzheimersalliance.org.