



# LA ASOCIACIÓN DE PROVEEDORES DE RECURSOS CRISTIANOS (SEPA)

1370 NW 88 Ave. Miami, FL 33172

Tel.: 305-503-1195, Fax: 786-331-7720, E-mail: [info@sepaweb.org](mailto:info@sepaweb.org), WebSite. [www.sepaweb.org](http://www.sepaweb.org)

## SOLICITUD O RENOVACIÓN DE MEMBRESÍA 2010

### **Instrucciones:**

1. Por favor lea y llene las dos páginas de esta solicitud.
2. Haga el pago a nombre de SEPA por la cantidad correspondiente. (Especifique forma de pago).
3. Incluya este formulario y el pago correspondiente al enviar su contrato de Expolit. (Ningún contrato se ejecutará sin esta solicitud y el pago correspondiente de SEPA).

**Nota Especial:** La cobertura de la membresía es anual. Comienza en enero 2010 y termina en diciembre del 2010. Esta le brinda a la compañía suscrita, únicamente la oportunidad de participar en todos los eventos patrocinados por SEPA incluyendo EXPOLIT 2010 y la cumbre de SEPA 2010.

NUEVA MEMBRESÍA \*

RENOVACIÓN \*

\* Renovar automáticamente, la renovación será efectiva el 15 de enero de cada año. Para su cancelación, favor de enviar una nota por escrito.

**Membresía completa:** Son miembros con voz y voto. Es obligatorio que toda compañía que ofrece un **producto** para el mercado Latino Evangélico sea un miembro completo.

**Miembros asociados (Exhibidor):** Esta categoría incluye toda compañía que ofrece un **servicio** para cualquier sector de la industria o compañías que desean ser un exhibidor en EXPOLIT o cualquier de sus eventos.

**Miembros asociados (No-Exhibidor):** Esta categoría incluye toda distribuidora o librería que ofrece un **producto** para el mercado Latino Evangélico pero no desea ser exhibidor.

## LOS BENEFICIOS DE MEMBRESÍA

### **Membresía completa:**

- Comunicación y 'koinonía' con otras compañías de productos evangélicos.
- Oportunidad para poder ser un exhibidor en EXPOLIT, (una convención anual para ventas y promoción de productos), y otras actividades patrocinadas por SEPA. (**Importante:** Con esta membresía no esta exento de pagar los cargos requeridos de cada evento).
- Voz y voto en las reuniones de la membresía.
- Reducción en costos de seminarios y talleres patrocinados por ECPA (Evangelical Christian Publishers Association).

### **Miembros asociados (Exhibidor):**

- Al igual que los miembros completos pero sin Voto.

### **Miembros asociados (No-Exhibidor):**

- Al igual que los miembros completos pero sin Voto y sin derechos de ser Exhibidor.

Nombre de la Compañía:

Dirección

Estado/Provincia

Ciudad:

Código:

País:

Teléfono:

Correo

Fax:

Dueño de la Compañía:

Año Fund:

Nombre del Contacto:



# LA ASOCIACIÓN DE PROVEEDORES DE RECURSOS CRISTIANOS (SEPA)

1370 NW 88 Ave. Miami, FL 33172

Tel.: 305-503-1195, Fax: 786-331-7720, E-mail: [info@sepaweb.org](mailto:info@sepaweb.org), WebSite: [www.sepaweb.org](http://www.sepaweb.org)

**Productos** (*Favor marque sus productos actuales*):

Biblias  Libros  Revista  Música  Novedades  Otro \_\_\_\_\_

Escriba la cantidad de títulos que tienen en español \_\_\_\_\_

**Ofrecemos el siguiente servicio:** \_\_\_\_\_

1. Yo certifico que nuestra compañía califica para la membresía de SEPA según la siguiente escala de acuerdo con los estatutos de la asociación: (Vea la página tres de este formulario.)

## MEMBRESÍA COMPLETA

_____ Ventas hasta US \$999,999 anual o su equivalente	US\$ 150.00
_____ Ventas de US \$1,000,000 a 1,999,999 anual o su equivalente –	US\$ 500.00
_____ Ventas de US \$2,000,000 a 2,999,999 anual o su equivalente –	US\$ 750.00
_____ Ventas de US \$3,000,000 o más anual o su equivalente–	US\$ 1,000.00
_____ Miembros asociados (Exhibidor)–	US\$ 150.00
_____ Miembros asociados (No-Exhibidor)–	N/A

2. He leído las dos páginas de esta solicitud y entiendo y acepto su contenido.

**(Nota: Esta solicitud no será aceptada sin el pago requerido.)**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre (letra de molde): \_\_\_\_\_

### **Formulario de pago:**

1. Cantidad en \$US: (Vea la escala de arriba) \_\_\_\_\_

2. Número de cheque # \_\_\_\_\_

----- " O " -----

2. Marque la casilla correspondiente:

Visa  MasterCard  Discover  American Express / Código \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

Nombre como aparece en la tarjeta a cobrar: \_\_\_\_\_

Dirección completa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_