

Aplicante: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Co-Aplicante \_\_\_\_\_

Área \_\_\_\_\_

**PANHANDLE TELEPHONE COOPERATIVE, INC.**

2222 NW Hwy 64  
PO Box 1188  
Guymon, Oklahoma 73942  
(580) 338-2556

**COMPLETE Y DEVUELVA CON SU REMESA EN LA CANTIDAD COMO SIGUE:**

Cargos mensuales + impuesto se facturan por adelantado:

1er Mes Acceso de Línea ..... \$ \_\_\_\_\_

Cargo por Línea de Suscriptor ..... \$ \_\_\_\_\_

Cargo de Conexión de Servicio Promedio ..... \$ \_\_\_\_\_

Otros Servicios:

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\*Depósito (Para Garantizar Cargos) ..... \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL** ..... \$ \_\_\_\_\_

Location of building where phone is to be installed.

Rural: \_\_\_\_\_

Section: \_\_\_\_\_ Township \_\_\_\_\_

Range: \_\_\_\_\_

Cómo el instalador puede localizar su casa:

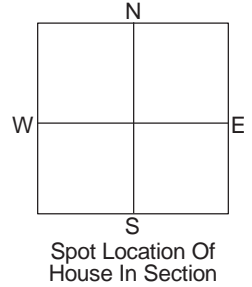
Vecino, Calle, Descripción de la casa

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Tras la investigación, si consideramos que su crédito telefónico no es satisfactorio, se solicitará un depósito antes de que se proporcione el servicio telefónico.



**INFORMACIÓN DEL APLICANTE**

LISTAR MI NOMBRE EN EL DIRECTORIO COMO \_\_\_\_\_

APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

Dirección: Calle, Rt. o Box \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo \_\_\_\_\_

FACTURA Y DIRECTORIO TELEFÓNICO SE ENVIARÁ A LA DIRECCIÓN DE ARRIBA

RESIDENCIA \_\_\_\_\_ Nombre de propietario si renta, dar su nombre y dirección \_\_\_\_\_

NEGOCIO \_\_\_\_\_ Bajo qué clasificación debería aparecer en las páginas amarillas \_\_\_\_\_

Ha tenido servicio con esta cooperativa en el pasado \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

Edificio esta cableado para teléfono \_\_\_\_\_ Ha habido servicio en este local \_\_\_\_\_ Es esta una casa móvil \_\_\_\_\_

Cómo puede ser contactado para instalar su servicio telefónico \_\_\_\_\_

**SI RESIDENCIA:**

FIRMA DE APLICANTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE LETRA MOLDE: \_\_\_\_\_

FIRMA DE CO-APLICANTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE LETRA MOLDE: \_\_\_\_\_

**SI NEGOCIO:**

NOMBRE DE NEGOCIO: \_\_\_\_\_

TIPO DE ENTIDAD: \_\_\_\_\_

(corporación, asociación, propiedad sencillo, organización, otro)

FIRMA DEL OFICIAL O AGENTE AUTORIZADO \_\_\_\_\_

NOMBRE LETRA MOLDE: \_\_\_\_\_

TÍTULO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RESPONSABLE

DE LA CUENTA \_\_\_\_\_

Para obtener información sobre La Política de Red Abierta de PTCI y información al cliente, visite <http://www.ptci.net/politicas-y-cumplimiento/>.

**INFORMACIÓN DE OFICINA:**

Membresía # \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Cuenta # \_\_\_\_\_



# PTCI

## Aplicación De Membresía En Panhandle Telephone Cooperative, Inc. Para Teléfono y/u otros Servicios de Comunicación

Teléfono  Internet

Aplicante: \_\_\_\_\_

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

Aplicación Conjunta: Y or N

**PANHANDLE TELEPHONE COOPERATIVE, INC.**

2222 NW Hwy 64  
PO Box 1188  
Guymon, Oklahoma 73942  
(580) 338-2556

Co-Aplicante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL APLICANTE

El suscrita/la suscrita (en adelante denominado el "aplicante") solicita por la presente para ser miembro de Panhandle Telephone Cooperative, Inc., una corporación organizada bajo las leyes del Estado de Oklahoma, con el fin de proporcionar teléfono y/o otros servicios de comunicación, bajo los siguientes términos y condiciones:

1. El Aplicante pagará por adelantado todos los cargos que ocurran durante el primer mes por el servicio de intercambio, el equipo y el cargo de conexión del servicio.
2. Cuando el teléfono y/u otros servicios de comunicaciones estén disponibles, el Aplicante tomará de la cooperativa teléfono y/u otros servicios de comunicaciones para ser usado en las premisas descritas arriba y pagará mensualmente a tarifas que se determinarán de vez en cuando de acuerdo con los estatutos de la Cooperativa, entendiéndose expresamente que todas las cantidades pagadas por el Aplicante en exceso de los costos de operación y gastos de la Cooperativa son proporcionadas por él como capital y se le acreditará el capital así provisto de conformidad con los estatutos.
3. El Aplicante, si es también el dueño de la propiedad, otorgará a la Cooperativa una servidumbre de derecho de paso para construir, operar y mantener una línea telefónica y/u otros sistemas de comunicaciones en el terreno y en o sobre todas las calles, carreteras o autopistas junto a dicho terreno, donde se presta este servicio.
4. El Aplicante cumplirá y estará obligado por las disposiciones del estatuto y los estatutos de la Cooperativa y las reglas y reglamentos que la Cooperativa pueda adoptar de vez en cuando.
5. El Aplicante, al convertirse en miembro, no asume ninguna responsabilidad personal por la responsabilidad o cualquier deudas o pasivos de la Cooperativa y se entiende expresamente que su propiedad privada está exenta de ejecución por tales deudas o pasivos.

Esta aplicación se hace en consideración de aplicaciones similares por otros y se entiende que es un acuerdo con dichos aplicantes. **MIEMBRO CONJUNTO:** Para que un esposo y esposa tengan una membresía conjunta, ambos deben firmar esta solicitud. Si ambos firman, se considerará que el término "miembro" incluye el esposo y la esposa que tienen la condición de miembros conjuntos y cualquier disposición relativa a los derechos y obligaciones de la membresía se aplicará igualmente, con respecto a los titulares de una membresía conjunta. El voto por separado o conjuntamente constituirá un voto conjunto.

**SI RESIDENCIA:**

FIRMA DE APLICANTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE LETRA MOLDE: \_\_\_\_\_

FIRMA DE CO-APLICANTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE LETRA MOLDE: \_\_\_\_\_

**SI NEGOCIO:**

NOMBRE DE NEGOCIO: \_\_\_\_\_

TIPO DE ENTIDAD: \_\_\_\_\_  
(corporación, asociación, propiedad sencillo, organización, otro)

FIRMA DEL OFICIAL O AGENTE AUTORIZADO \_\_\_\_\_

TÍTULO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RESPONSABLE

DE LA CUENTA \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:**

**NOMBRE:** Si usted es un individuo, generalmente debe proporcionar el nombre que aparece en su tarjeta de seguro social. Sin embargo, si ha cambiado su apellido, por ejemplo, debido al matrimonio, sin informar a la Administración del Seguro Social del cambio de nombre, ingrese su nombre, el apellido que aparece en su tarjeta de seguro social y su nuevo apellido.

**INFORMACIÓN DE OFICINA:**

Membresía # \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Cuenta # \_\_\_\_\_