



PTCI

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

Teléfono Internet

Nombre de Negocio: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

PANHANDLE TELEPHONE COOPERATIVE, INC.
2222 NW Hwy 64
PO Box 1188
Guymon, Oklahoma 73942
(580) 338-2556

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.

NEGOCIO:

NOMBRE DE NEGOCIO: _____

TIPO DE ENTIDAD: _____
(corporación, asociación, propiedad sencilla, organización, otro)

FIRMA DEL OFICIAL O AGENTE AUTORIZADO: _____

NOMBRE LETRA MOLDE: _____

TÍTULO: _____

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 # _____