



Membresía para Gimnasios de Arlington

First Name / Primer Nombre	Last Name / Apellido	Date of Birth (Mo/Day/Year) / Fecha de nacim (Mes/Día/Año)	
Address / Domicilio		Male / Masculino	Female / Femenino
City / Ciudad	STATE / Estado	Zip Code / Código postal	
Home phone number / Tel. de casa ()		Email address / Correo electrónico	
Emergency Contact Person / Contacto en caso de emergencia		Emergency Contact Phone Number / Tel de contacto ()	
Staff Use Only			
Payment amount: \$ _____		Staff Verification: (Staff Initials)	Resident
Payment type: Check #: _____ Cash: \$ _____ CC: _____			Non-Resident

ACUERDO DE INDEMNIDAD

ACUERDO PARA DISPENSAR LA ACEPTACIÓN DE RIESGO Y ACUERDO DE INDEMNIDAD

La persona que firma al calce está consciente de que hay ciertos riesgos inherentes involucrados en el uso de los gimnasios, incluyendo pero sin limitarse al riesgo de robo o de daño a mi propiedad y el riesgo de lesión personal. En consideración a que se me ha concedido permiso de participar en estas actividades y de usar las instalaciones del Condado y/o otras actividades y servicios proporcionados por el Departamento de Parques y Recreación y (DPR) del Condado de Arlington, sus agentes y empleados, incluyendo el servicio de comida, yo, en mi nombre, el de mis albaceas, administradores, herederos, pariente más cercano y sucesores, por el presente pacto acuerdo indemnidad e indemnizar al Condado y todos sus oficiales, departamentos, agencias, agentes y empleados de cualesquier y toda demanda, arrendamientos, daños, lesiones, multas, castigos y costos (incluyendo costos de tribunal y honorarios de abogados), cargos, responsabilidades o exposiciones, como quiera que sean causadas, que resulten de o surjan de o de cualquier manera estén conectadas con mi uso o el de mi familia del gimnasio. He leído y entiendo este ACUERDO DE INDEMNIDAD y con mi firma acepto sus términos.

TRATO EN CASO DE EMERGENCIA: El Condado de Arlington, DPR, tiene permiso, en caso de emergencia, a costo mío, utilizar el equipo de rescate o ambulancia más conveniente para transportarme al hospital más cercano.

Nota: Para mejorar la seguridad de nuestros clientes, se requieren fotografías para las membresías de DPR.

Firma: _____ Fecha: _____