

*"Nuestra Comunidad debe incluir a todos los que sufren del alcoholismo. Por eso, no podemos rechazar a nadie que quiera recuperarse. Ni debe el ser miembro de A.A. depender del dinero o de la conformidad. Cuandoquiera que dos o tres alcoholicos se reúnan en interés de la sobriedad, podrán llamarse un grupo de A.A., con tal que, como grupo, no tengan otra afiliación." — Tercera Tradición (Forma Larga)

"Cada grupo de Alcohólicos Anónimos debe ser una entidad espiritual con un solo objetivo primordial—el de llevar el mensaje al alcohólico que aún sufre." — Quinta Tradición (Forma larga)

"A menos que se esfuere por observar las Doce Tradiciones de A.A., el grupo. . . puede deteriorarse y morir" — Doce Pasos y Doce Tradiciones, pág. 169

Las Tradiciones de A.A. sugieren que no se ponga al grupo el nombre de una institución o de una persona (vivo o muerto), y que el nombre del grupo no implique afiliación con ninguna secta, religión, organización o institución.

Nombre del Grupo: _____ Fecha de establecimiento del Grupo: _____

Lugar de reunión del Grupo: _____ Cantidad de Miembros: _____

Dirección: _____

Pueblo/Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código Postal: _____

Día de reunión	Lunes <input type="checkbox"/>	Martes <input type="checkbox"/>	Miércoles <input type="checkbox"/>	Jueves <input type="checkbox"/>	Viernes <input type="checkbox"/>	Sábado <input type="checkbox"/>	Domingo <input type="checkbox"/>
Hora de reunión	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enviar la correspondencia de la OSG en: Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Idioma de la reunión (si es diferente) _____							
TIPO de reunión (abierto o cerrado): _____ formato de reunión (discusión, altavoz, etc.): _____							

REPRESENTANTE DE SERVICIOS GENERALES

Nombre: _____ E-Mail: _____

Dirección: _____ Ciudad/Pueblo: _____

Estado/Provincia: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

RSG SUPLENTE o CONTACTO (Indique uno)

Nombre: _____ E-Mail: _____

Dirección: _____ Ciudad/Pueblo: _____

Estado/Provincia: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Se reúne su Grupo en un hospital, en un centro de tratamiento o de desintoxicación? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿está abierta para los A.A. de la comunidad local? Sí No

La OSG publica Directorios de A.A. confidenciales para uso de los miembros de A.A. en el trabajo de Paso Doce y/o para ofrecer información sobre reuniones. En los Directorios se incluye el nombre y número de servicio del grupo, y los nombres completos y números de teléfono de los contactos listados en este formulario. ¿Quiere que su grupo aparezca en el Directorio que cubre su región? Sí No

FIRMA: _____

Fecha: _____

MANERAS DE DEVOLVER ESTE FORMULARIO:

Correo postal: Area 46 Registrar

Correo electrónico: registrar@nm-aa.org

1801 Pearl Rd
Carlsbad, NM 88220

SOLO PARA EL USO DEL DEPARTAMENTO DE REGISTROS DE LA OSG

Número de área de delegado: _____ Número de distrito: _____ Número de servicio de grupo (asignado por la OSG): _____