



Federacion Internacional de Judios Mesianicos

Aplicacion de Membresía individual o familiar

(Use letra de molde por favor)

Informacion Personal:

Nobre(s): _____
 Direccion Postal: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Pais: _____ Codigo Postal: _____
 Fecha de Salvacion: ____ de ____ de ____ Mikveh (Immersed): Yes No Fecha: ____/____/____
 Telefono: () () _____ Correo Electronico: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Referencias: (Favor proveer por lo menos una referencia)

Nombre del Rabino o Pastor: _____
 Nombre de la Congregacion: _____
 Direccion postal de la Congregacion : _____
 Nombre de algun miembro de la IFMJ como referencia: _____
 Telefono de casa o celular del miembro de la IFMJ: _____

Requisitos de membresia:

Para aplicar para membresia debe ser no menor de 18 años de edad. Tiene que ser judio, o estar casado/a con judio/a, o tener un amor profundo por el pueblo judio y su nacion.

Usted tiene el deseo y compromiso de orar por la Federación Internacional de Judios Mesianicos.

Favor indicar:

- Soy Judio.
- Mi esposa/o es judia/o.
- Uno o ambos de mis padres son o eran judios.
- No soy judio, pero veo mi lugar entre el pueblo judio.

Entiendo que la federación solamente opera gracias a mis oraciones y apoyo economico. Acepto esta responsabilidad de apoyar mi organizacion con ambos, oracion y regalos economicos, mensualmente.

Declaracion de fe:

Ademas de "Los 13 Principios de fe" de acuerdo con Ramban, tambien creo lo siguiente:

Ago confesion publica de fe en El Mesias Yeshua (conocido como Jesus). Lo acepto como mi Señor y Salvador. Creo en su Deidad, Su sacrificio por los pecados y su resurrección de los muertos. Acepto las escrituras (conocidas como viejo y nuevo testamentos) como regla suprema de fe y vida. Mediante mi membresía a la Federación Internacional de Judios Mesianicos, afirmo mi adherencia a esta declaracion de fe. Tambien afirmo que la información provista en esta aplicacion es verdadera y precisa según tengo entendido.

Firma: _____ Fecha: _____

Cuotas:

\$40.00 por persona, o \$50.00 por pareja o familia menores de 18 años. (Una aplicacion por cada adulto).

Favor enviar su cheque o giro postal pagadero a: IFMJ, PO Box 271708, Tampa, Florida 33688

=====

Para uso exclusivo de IFMJ

Date Received: ____/____/____ Paid: \$ _____ Approved by: _____

Card Sent: ____/____/____ Check or MO #: _____