California State PTA
*cada***niño.** *una***voz.**

2327 L Street, Sacramento, CA 95816-5014 916.440.1985 • FAX 916.440.1986 • info@capta.org • www.capta.org

FORMULARIO PARA EL PEDIDO DEL PREMIO HONORARIO AL SERVICIO (HSA)

Todo el dinero recaudado con la venta de los premios HSA es para financiar el Programa de Becas y Subsidios de la PTA de California.

Presentado por _____ # de unidad de PTA/PTSA _____
Por favor escriba claramente *Nombre de unidad, consejo o distrito que presentara el premio*

Consejo _____ # de distrito de PTA _____

Envíese a – Contacto: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código postal _____

Correo electrónico _____ Teléfono (_____) _____

PREMIOS (ver la *Carpeta de recursos* para la descripción)		PRECIOS *Certificado Solamente*	PRECIOS *Certificado y Broche*
VSP	PREMIO A UNA PERSONA MUY ESPECIAL	$15	$23
HSA	PREMIO HONORÍFICO AL SERVICIO	$30	$35
CSA	PREMIO AL SERVICIO CONTINUO	$30	$35
GOSA	PREMIO ROBLE DE ORO AL SERVICIO	$60	$80
OTA	PREMIO MAESTRO SOBRESALIENTE	$30	$35
OAA	PREMIO ADMINISTRADOR DESTACADO	$30	$35

CONSEJOS PARA SU PEDIDO DE HSA

- El envío tarda de **2** a **4** semanas.
- Los precios incluyen impuestos y están sujetas a cambios sin aviso previo.
- Los premios no se envían a los ganadores.
- Para pedidos urgentes, una cuota de $20 es añadida más costos de envío aplicables.
- No hay reembolsos o intercambios para pedidos HSA.
- Por favor no envíe dinero en efectivo como pago.

NOMBRE DEL RECIPIENTE DEL PREMIO – como desea que aparezca en el certificado *Por favor escriba claramente* *Nombre* *Apellido*	TIPO DE PREMIO VSP	HSA	CSA	GOSA	OTA	OAA	Añadir broche Si	No	TOTAL
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
								TOTAL $	

Para ordenar HSAs, completar el formulario y envíelo junto con su pago por correo o FAX:

- **Pedidos por correo:**
  California State PTA
  2327 L Street
  Sacramento, CA 95816-5014
- **Pedidos por FAX:** 916.440.1986
  - **Tarjeta de crédito**
  - **Usar tinta azul o negra para pedidos por Fax**
- **Para más información:**
  916.440.1985 ext. 105
  - **No se aceptan pedidos por telefóno**

FORMA DE PAGO *(marque la casilla adecuada)*

❑ **CHEQUE o GIRO POSTAL** – a nombre de ***California State PTA***
- *Se cobrará $10 por cada cheque devuelto por fondos insuficientes.*
- *Se requieren dos firmas en* **todos** *los cheques de la PTA/PTSA*

❑ **MasterCard** ❑ **VISA**
Sólo tarjetas de crédito personales

Código postal ___ ___ ___ ___ ___

___/___/___/___/ ___/___/___/___/ ___/___/___/___/ ___/___/___/___/ ___ ___/___ ___
Número de la tarjeta de crédito Fecha de expiración

Nombre (letra en imprenta) _____

Firma _____

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA:

de factura _____ # de cheque _____ monto _____ ❑ PTA ❑ PER

7/2014