

CERTIFICATE OF INSURANCE REQUEST

LIGAS UNIDAS - TEXAS
1717 New Orleans
Deer Park, Texas 77536
Phone: (281) 479-8221
e-mail: rmyj55@gmail.com

LEAGUE NAME/Nombre de Liga: _____

ADDRESS/Direccion: _____

CITY/Ciudad/STATE/Estado/ZIP/Codigo Postal: _____

TELEPHONE/Telefono: _____ **FAX:** _____ **CELLULAR/Celular:** _____

Attention/Contacto: _____

TEAM NAME/Nombre de Equipo: _____

ADDRESS/Direccion: _____

CITY/Ciudad/STATE/Estado/ZIP/Codigo Postal: _____

TELEPHONE/Telefono: _____ **FAX:** _____ **CELLULAR/Celular:** _____

Attention/Contacto: _____

FACILITY OPERATOR/Dueño de Propiedad: _____

ADDRESS/Direccion: _____

CITY/Ciudad/STATE/Estado/ZIP/Codigo Postal: _____

TELEPHONE/Telefono: _____ **FAX:** _____ **CELLULAR/Celular:** _____

Attention/Contacto: _____