

Departamento de Expedientes del Tribunal del Condado de Marion
Dirección postal: P.O. Box 12869, Salem, OR 97309
Número de teléfono: (503) 588-5101 Número de fax: (503) 373-4360

Tribunal de Circuito para el Condado de Marion
SOLICITUD DE COPIAS

Fecha: _____

Información de contacto del solicitante

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección completa: _____

Correo electrónico: _____

¿Cómo le gustaría que le envíen el documento? POR CORREO
 POR CORREO ELECTRÓNICO (únicamente sin certificar y sin autenticar)

Tipo de caso o temática de los documentos solicitados: _____

Fecha aproximada de tramitación del caso: _____

Nombre(s) en el caso: _____

Número de caso(s): _____

Documento(s) solicitado(s):

Incluya el título del documento o cualquier otra información que lo identifique, como la fecha del fallo u orden.

_____	Número de copias _____	¿Certificadas? <input type="checkbox"/>	¿Autenticadas? <input type="checkbox"/>
_____	Número de copias _____	¿Certificadas? <input type="checkbox"/>	¿Autenticadas? <input type="checkbox"/>
_____	Número de copias _____	¿Certificadas? <input type="checkbox"/>	¿Autenticadas? <input type="checkbox"/>
_____	Número de copias _____	¿Certificadas? <input type="checkbox"/>	¿Autenticadas? <input type="checkbox"/>

Por favor vea el precio de las copias en nuestro sitio web (podrían aplicar otros cargos del correo).

<http://courts.oregon.gov/Marion/MaterialsAndResources/pages/records.aspx>

Pagos con cheque: por favor envíe un cheque para cubrir el precio de las copias, la certificación y la autenticación, si lo solicita. Si no sabe exactamente cuántas copias hay que hacer, envíe un cheque en blanco pagadero a «*State of Oregon*» y en la línea del memo ponga «*Not to Exceed*» (monto máximo) y un valor que crea que llegue a cubrir el costo de las copias. Por ejemplo «*Not to exceed \$25*» (monto máximo de \$25). El personal del Departamento de Expedientes pondrá el monto exacto y le enviará un recibo junto con sus copias.

Pagos con tarjeta de crédito: por favor ponga la siguiente información:

* *No aceptamos American Express.*

Número de la tarjeta de crédito _____ Fecha de caducidad _____

Código CCV _____ Nombre en la tarjeta de crédito _____