

ANTRAG AUF MITARBEIT ALS BERATER

im Partner-Programm der Dr. Rath Gesundheits-Allianz

Persönliche Angaben des Antragstellers:

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

| | |
|---------------------|-------------------|
| Name, Vorname* | |
| Straße, Hausnummer* | PLZ, Wohnort* |
| Land* | Geb.-Datum |
| Telefon* | Fax |
| E-Mail* | Beruf / Tätigkeit |

Bitte überweisen Sie meine Honorare auf folgendes Konto:

| | |
|-------|-------------------|
| Bank* | Swift-Code (BIC)* |
| IBAN* | |

* Die mit einem Sternchen markierten Angaben sind Pflichtangaben.

Ich beantrage hiermit die Aufnahme im Partner-Programm der Dr. Rath Gesundheits-Allianz. Ich habe die Richtlinien der Dr. Rath Gesundheits-Allianz (Stand 16.03.2020) erhalten und bin damit – insbesondere mit der in Ziffer 11 dargestellten Datenerhebung und -verarbeitung – einverstanden. Die Mitarbeit ist freiwillig, kostenlos und kann von mir jederzeit beendet werden.

Das Partner-Programm lebt davon, dass wir Information darüber erhalten, wer Sie zur Mitarbeit in der Dr. Rath Gesundheits-Allianz eingeladen hat. Bitte geben Sie uns diese Information an:

Der Berater

[Name, ggf. Berater-Nr.] hat mich auf das Partner-Programm der Dr. Rath Gesundheits-Allianz aufmerksam gemacht.

Falls Sie nicht durch einen Berater auf uns aufmerksam geworden sind, können Sie hier ankreuzen, wenn Sie Kontakt zu einem kompetenten Berater in Ihrer Nähe wünschen:

Ich bin selbst auf das Partner-Programm aufmerksam geworden und wünsche Kontakt zu einem Berater in meiner Nähe.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nur vollständig ausgefüllte Anträge bearbeitet werden können. Bitte reichen Sie alle Änderungen, die Ihre persönlichen Daten betreffen, möglichst rasch bei uns ein, um z.B. eine reibungslose Abrechnung und Auszahlung Ihrer Honoraransprüche zu gewährleisten. Für Ihre persönlichen Unterlagen behalten Sie bitte eine Kopie dieses Antrags, inklusive der Richtlinien.