

# SOLICITUD PARA PARTICIPAR COMO CONSULTOR

## en el Programa de Colaboración con la Alianza del Dr. Rath.

### Detalles personales del aplicante:

Por favor rellene en letra de molde.

Nombre y Apellidos: \*

Calle y número: \*

Código Postal, Pueblo: \*

Provincia, País: \*

Fecha de nacimiento: \*

Teléfono: \*

Fax:

Correo electrónico: \*

Ocupación/ Profesión:

### Por favor, transfiera mis honorarios a la siguiente cuenta:

Banco: \*

Swift code (BIC): \*

IBAN: \*

\* La información marcada con asterisco es mandatoria.

Por la presente solicito unirme al programa de colaboración con la Alianza del Dr. Rath. He recibido una copia de las Directivas de la Alianza del Dr. Rath (del 16 de marzo de 2020) y estoy de acuerdo con ellas, en particular con la recopilación y el procesamiento de datos como se describe en el punto 11. La participación es voluntaria, gratuita y puede ser rescindido en cualquier momento.

El Programa de colaboración se desarrolla gracias a la información que recibimos de aquellos que desean colaborar con nuestra Alianza y de quién lo ha invitado. Por favor proporciónenos esta información:

**Consultor**

Nombre, número de membresía (si lo conoce) me presentó al Programa de Colaboración con la Alianza del Dr. Rath.

Si ningún consultor lo ha remitido a nosotros, puede marcar aquí si desea ponerse en contacto con un consultor competente en su área:

**Me he informado sobre el Programa de colaboradores con la Alianza, y me gustaría ponerme en contacto con un consultor en mi área.**

Lugar y fecha:

Firma del solicitante:

Por favor acepte que solo podemos procesar solicitudes completadas. En el caso de cualquier cambio en sus datos personales, envíenoslos lo antes posible para garantizar que podamos calcular y pagar sus honorarios sin problemas. Conserve una copia de esta solicitud, incluidas las directivas.