

DEMANDE D'ADHÉSION EN TANT QUE CONSEILLER

au sein de l'Alliance du Dr. Rath pour la Santé

Détails personnels :

Veuillez compléter en lettres capitales !

Nom, Prénom*

Rue et numéro*

Code postal et ville*

Pays*

Date de naissance

Téléphone*

Fax

Email*

Profession

Veuillez transférer mes commissions sur le compte :

Banque*

Swift-Code (BIC)*

IBAN*

* L'information comportant un astérisque est obligatoire.

Je confirme par la présente souhaiter à devenir membre de la l'Alliance du Dr. Rath pour la Santé. J'accuse réception de l'introduction détaillée aux bases et objectifs de l'Alliance du Dr. Rath pour la Santé. J'ai également reçu une copie des directives de l'Alliance du Dr. Rath pour la Santé (dernière mise à jour: 01 juin 2018) auxquelles je donne mon accord – en particulier avec la collecte et le traitement des données comme décrit au point 10. L'adhésion est gratuite.

Information sur le client que j'ai recruté :

Nom, Prénom

Rue et numéro

Code postal et ville

Pays

Numéro de client (si possible)

Information au sujet de votre propre conseiller / référent :

Nom, Prénom

Numéro de client :

Signature de votre conseiller / référent

Le bon de commande complété du nouveau client que j'ai recruté est joint.

Date et lieu

Votre signature

Veuillez noter que nous ne pouvons accepter que les formulaires dûment complétés et signés par vous-même et votre conseiller. En cas de changement de vos données personnelles, veuillez nous en avvertir au plus vite afin que nous puissions calculer et payer vos commissions correctement. Veuillez conserver une copie de votre demande d'adhésion ainsi que des directives associées pour vos archives personnelles.