

WNIOSEK O CZŁONKOSTWO JAKO KONSULTANT w Koalicji Dr. Ratha w Obronie Zdrowia

Dane osoby składającej wniosek:

Prosimy wypełnić drukowanymi literami!

Nazwisko, imię*	
Ulica, numer*	Kod pocztowy, miejscowość*
Kraj*	Data urodzenia
Telefon*	Faks
E-mail*	Zawód/ działalność

Należne wynagrodzenie proszę przesłać na poniższe konto:

Bank*	Swift-Code (BIC)*
IBAN*	

* Informacje oznaczone gwiazdką są obowiązkowe.

Niniejszym składam wniosek o członkostwo w Koalicji Dr Ratha w Obronie Zdrowia. Informuję, że otrzymałem szczegółowe informacje odnośnie zasad i celów przyjętych przez Koalicję. Otrzymałem i akceptuję zasady działalności dla członków Koalicji Dr Ratha w Obronie Zdrowia (z dnia 1 czerwca 2018 r.), w szczególności punkt 10 dotyczący gromadzenia i przetwarzaniem danych.

Dane wprowadzonego przeze mnie nowego Klienta:

Nazwisko, imię	Ulica, numer	Kod pocztowy, miejscowość
Kraj	ewentualnie numer Klienta	

Dane mojego Konsultanta:

Nazwisko, imię	
Numer Konsultanta	Podpis Konsultanta

Wypełniony formularz zamówienia nowego Klienta, którego pozyskałem, jest załączony.

Miejscowość, data _____ Podpis osoby składającej wniosek _____

Prosimy Państwa o zrozumienie, ale opracowane zostaną tylko całkowicie wypełnione wnioski. Jednocześnie prosimy o możliwie szybkie przekazywanie nam wszelkich zmian dotyczących danych osobowych w celu zapewnienia regularnych rozliczeń i wypłat wynagrodzeń. Prosimy o zachowanie kopii niniejszego wniosku.