

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT ALS BERATER in 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 Mitgliedschaft in der Dr. Rath Gesundheits-Allianz. Eine ausführliche Einführung in die Grundlagen und Ziele der Dr. Rath Gesundheits-Allianz habe ich erhalten. Ich habe die Richtlinien der Dr. Rath Gesundheits-Allianz (Stand 1. März 2019) erhalten und bin damit – insbesondere mit der in Ziffer 11 dargestellten Datenerhebung und -verarbeitung – einverstanden. Die Mitgliedschaft ist kostenlos.

Angaben zu dem von mir geworbenen Neukunden:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Plz, Wohnort

Land

gegebenenfalls Kundennummer

Angaben des mich betreuenden Beraters:

Name, Vorname

Mitgliedsnummer

Unterschrift des betreuenden Beraters

Das ausgefüllte Bestellformular des von mir geworbenen Neukunden ist beigelegt.

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.