

# SOLICITUD DE MEMBRESÍA COMO CONSULTOR en la Alianza del Dr. Rath para la Salud.

## Detalles personales:

Por favor, utilice letra de molde.

Apellidos, nombre\*

Calle y nro.\*

Código postal y región o provincia\*

País\*

Fecha de nacimiento

Nro. de Teléfono\*

Fax

Correo electrónico\*

Profesión/actividad que realiza

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

Bank\*

Swift-Code (BIC)\*

IBAN\*

\* La información marcada con asteriscos es necesaria.

Por la presente solicito ser miembro de la Alianza del Dr. Rath para la Salud. Confirmando haber recibido una introducción detallada de las bases y objetivos de la Alianza. He recibido una copia de la Directiva de la Alianza del Dr. Rath (última información: 01 de marzo de 2019) y estoy de acuerdo con ellas, en particular con la recopilación y el procesamiento de datos según se describe en el punto 11. La membresía es gratuita.

### Información del nuevo cliente que he reclutado:

Apellidos, nombre

Calle y nro.

Código postal y región o provincia

País

Posible número de cliente

### Información proporcionada por el asesor que me patrocina:

Apellidos, nombre

Número de membresía

Firma del asesor patrocinador

Adjunto formulario de pedido – del nuevo cliente recomendado – el cual va debidamente relleno.

Fecha, Lugar

Firma del solicitante

Solamente podemos procesar las solicitudes completas. En el caso de cualquier cambio en sus datos personales, hágalo saber lo más rápido posible para asegurarse de que podamos calcular y pagar sus tarifas sin problemas. Conserve una copia de esta solicitud y la directiva como información personal.