

# 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 marca 2019 r.), w szczególności punkt 11 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.