

# DOMANDA PER LAVORARE COME CONSULENTE

## nel Programma per i partner dell'Alleanza per la Salute del Dr. Rath

### Dati personali del richiedente:

Si prega di compilare in stampatello!

Nome e Cognome*	
Via, numero*	CAP, luogo di residenza*
paese*	Data di nascita
telefono*	Fax
E-Mail*	Professione / attività

### Si prega di trasferire le mie commissioni sul seguente conto:

Banca*	Swift-Code (BIC)*
IBAN*	

\* Le informazioni contrassegnate con un asterisco sono obbligatorie.

Con la presente chiedo la registrazione nel Programma per i partner dell'Alleanza per il Dr. Rath. Ho letto e accetto le Linee Guida del l'Alleanza per la Salute del Dr. Rath (dal 16 marzo 2020). Acconsento alla raccolta e all'elaborazione dei dati, come illustrato nella Sezione 11. La partecipazione è volontaria, gratuita e può essere chiusa da me in qualsiasi momento.

Il Programma per i partner si sviluppa grazie alle informazioni che riceviamo da coloro che desiderano collaborare con la nostra Alleanza e che sono stati invitati. Ti preghiamo, pertanto di fornirci queste informazioni:

#### Il consulente

[Nome, eventualmente numero del consulente] che mi ha portato a conoscenza in modo consapevole del Programma per i partner dell'Alleanza per il Dr. Rath.

Se non sei venuto a conoscenza della nostra Alleanza tramite un consulente, puoi spuntare qui se desideri contattare un consulente competente nella tua zona:

#### Sono venuto a conoscenza del Programma per i partner e vorrei contattare un consulente vicino a me.

Luogo, data

Firma del richiedente

Si prega di comprendere che potranno essere elaborate solo le domande complete. Si prega di inviare al più presto eventuali modifiche che incidono sui dati personali dell'utente, ad es. per garantire un regolare regolamento e pagamento delle richieste di rimborso. Ti preghiamo di conservare una copia di questa applicazione, comprese le Linee guida.