

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHESION EN TANT QUE CONSEILLER

Dans le Programme de Partenariat de l'Alliance du Dr. Rath pour la Santé

Données personnelles du demandeur:

Veuillez s'il vous plait remplir le formulaire en LETTRES CAPITALES !

Nom, prénom : *

Rue, numéro : *

Code postal, localité/ville : *

Pays : *

Date de naissance : *

Téléphones : *

Fax

E-mail*

Profession/occupation :

Veuillez transférer mes honoraires sur le compte suivant:

Nom de la Banque : *

Code Swift(BIC) : *

IBAN : *

* Les informations marquées d'un astérisque sont obligatoires.

Par la présente , je demande mon inscription au Programme de Partenariat au sein de l'Alliance du Dr. Rath pour la Santé. J'ai lu les Directives de l'Alliance du Dr. Rath pour la Santé (au 16 mars 2020) et j'y souscris - en particulier avec la collecte et le traitement des données présentés dans la section 11. La participation est volontaire, gratuite et peut être résiliée par moi à tout moment

Le Programme de Partenariat vit du fait que nous recevons des informations des personnes avec qui vous souhaitez travailler au sein de l'Alliance du Dr Rath pour la Santé et qui vous ont invité . Veuillez nous fournir ces informations.

Le conseiller

[Nom, ev. Nr. de Conseiller] m'a informé sur le Programme de Partenariat de l'Alliance du Dr. Rath pour la Santé.

Si vous ne nous avez pas connu par le biais d'un conseiller, veuillez cocher ici si vous souhaitez être contacté par un conseiller compétent dans votre région.

J'ai moi-même pris connaissance du Programme de Partenariat et j'aimerais contacter un conseiller le plus proche de moi.

Lieu, Date

Signature du demandeur

Veillez noter que seules les demandes dûment remplies peuvent être traitées. Veuillez nous soumettre tout changement susceptible d'affecter vos données personnelles dès que possible, par ex. pour assurer un règlement et le paiement de vos frais d'honoraires. Pour vos dossiers personnels, veuillez conserver une copie de cette demande, y compris les directives.