

## WNIOSEK O ROZPOCZĘCIE WSPÓŁPRACY W CHARAKTERZE KONSULTANTA w Programie afiliacyjnym Koalicji dr Ratha w Obronie Zdrowia

### Dane osobowe wnioskodawcy:

Proszę wypełniać drukowanymi literami!

Nazwisko, imię*	
Ulica, nr*	Kod pocztowy, miejscowość*
Kraj*	Data urodzenia*
Telefon*	Faks:
E-mail*	Zawód / działalność

### Proszę przelać moje honorarium na poniższe konto:

Bank*	Swift code (BIC)*
IBAN*	

\* Pola oznaczone gwiazdką są obowiązkowe.

Niniejszym składam wniosek o przyjęcie mnie do Programu afiliacyjnego Koalicji dr Ratha w Obronie Zdrowia. Jednocześnie potwierdzam, że otrzymałem zasady działalności Koalicji dr Ratha w Obronie Zdrowia (z dnia 16 marca 2020 r.) i zgadzam się z nimi - w szczególności z opisanym w punkcie 11 gromadzeniem i przetwarzaniem moich danych osobowych. Podjęcie współpracy jest dobrowolne, nieodpłatne i może zostać zakończona przeze mnie w każdej chwili.

Program afiliacyjny opiera się na informowaniu nas o tym kto zaprosił Panią /Pana do współpracy z nami w ramach Koalicji dr Ratha w Obronie Zdrowia. Uprzejmie prosimy o podanie nam następujących informacji:

**Konsultant**

[Imię i nazwisko, nr Konsultanta] zwrócił/a moją uwagę na Program afiliacyjny Koalicji dr Ratha w Obronie Zdrowia.

Jeśli nie został Pan/Pani poinformowany/a o nas przez Konsultanta, to prosimy zakreślić to miejsce, a my skontaktujemy Pana/Panią z taką osobą:

**Sam/a zwróciłem/am uwagę na Program afiliacyjny, ale chciałbym /abym skontaktować się z Konsultantem w moim regionie.**

Miejscowość, data

Podpis wnioskodawcy

Prosimy o zrozumienie, że tylko kompletnie wypełnione wnioski mogą być rozpatrywane. Prosimy również o jak najszybsze przekazywanie nam wszystkich zmian dotyczących Państwa danych osobowych i bankowych, w celu zapewnienia sprawnego rozliczania i wypłacania należnych honorariów. Prosimy o zachowanie kopii niniejszego wniosku oraz zasad działalności.