

# ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT ALS BERATER

## in der Dr. Rath Gesundheits-Allianz

### Persönliche Angaben des Antragstellers:

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Name, Vorname*	
Straße, Hausnummer*	PLZ, Wohnort*
Land*	Geb. Datum
Telefon*	Fax
E-Mail*	Beruf / Tätigkeit

### Bitte überweisen Sie meine Honorare auf folgendes Konto:

Bank*	Swift-Code (BIC)*
IBAN*	

\* Die mit einem Sternchen markierten Angaben sind Pflichtangaben.

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft in der Dr. Rath Gesundheits-Allianz. Eine ausführliche Einführung in die Grundlagen und Ziele der Dr. Rath Gesundheits-Allianz habe ich erhalten. Ich habe die Richtlinien der Dr. Rath Gesundheits-Allianz (Stand 1. Juni 2018) erhalten und bin damit – insbesondere mit der in Ziffer 10 dargestellten Datenerhebung und -verarbeitung – einverstanden. Die Mitgliedschaft ist kostenlos.

### Angaben zu dem von mir geworbenen Neukunden:

Name, Vorname	Straße, Hausnummer	Plz, Wohnort
Land	gegebenenfalls Kundennummer	

### Angaben des mich betreuenden Beraters:

Name, Vorname	
Mitgliedsnummer	Unterschrift des betreuenden Beraters

Das ausgefüllte Bestellformular des von mir geworbenen Neukunden ist beigelegt.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers
------------	---------------------------------

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nur vollständig ausgefüllte Anträge bearbeitet werden können. Bitte reichen Sie alle Änderungen, die Ihre persönlichen Daten betreffen, möglichst rasch bei uns ein, um z.B. eine reibungslose Abrechnung und Auszahlung Ihrer Honoraransprüche zu gewährleisten. Für Ihre persönlichen Unterlagen behalten Sie bitte eine Kopie dieses Antrags, inklusive der Richtlinien.