

DOMANDA D'ISCRIZIONE PER CONSULENTE

all'Alleanza del Dr. Rath per la Salute

Dati personali del richiedente:

SCRIVERE A STAMPATELLO

Cognome, nome:

Indirizzo completo di numero civico:

CAP, località:

Paese:

Data di nascita:

Tel.:

Fax.:

E-Mail*

Professione /Attività

*È richiesta l'indicazione del proprio indirizzo e-mail, poiché si prevede l'invio del conteggio competenze tramite posta elettronica. Importante: indicare a caratteri chiari, a stampatello, l'indirizzo e-mail dai Lei prevalentemente usato.

Le commissioni a me spettanti devono essere versate sul seguente conto:

Nome della banca:

Codice Swift/Bic:

IBAN:

Con la presente domanda chiedo di essere iscritto/a all'Alleanza Dr. Rath per la Salute in qualità di socio consulente. Dichiaro di aver assolto il corso di base in Medicina Cellulare, secondo le vostre indicazioni. L'adesione all'Alleanza è gratuita e può essere recesso in ogni momento per iscritto, con un preavviso di 30 gg. dalla fine del mese e senza l'obbligo di specificare le cause.

Dichiaro inoltre di essere al corrente dei principi e obiettivi perseguiti dall'Alleanza Dr. Rath per la Salute. Ho ricevuto le Linee Guida in vigore per i consulenti dell'Alleanza per la Salute (Valide dal 01.01.2010), dichiaro di esserne concorde e ne accetto le regole.

Approvo inoltre che le informazioni sui miei ordini (importo e data dell'ordine) siano comunicate al/alla consulente da me indicato/a in questa domanda, affinché possa controllare il calcolo delle proprie commissioni.

Generalità del consulente sponsor

Cognome, nome:

Nr. d'identificazione

Firma del consulente sponsor

Luogo, data

Firma del richiedente

N.B.: Si avverte il richiedente che saranno accettate quelle richieste compilate in tutte le loro parti. In caso di cambiamenti dei dati dichiarati (numero di conto, indirizzo ecc.), è necessario comunicarli per iscritto. Una copia di questa richiesta, comprensiva delle Linee guide, deve restare in possesso del richiedente.