

FELVÉTELI KÉRELEM

a Dr. Rath Egészségsvövetség tagjainak sorába

Személyes adatok:

KÉRJÜK, NYOMTATOTT BETŰKKEL TÖLTSE KI!

Név

Utca, házszám

Írányítószám, Város

Ország

Születési dátum

Telefonszám

Telefax

E-Mail*

Foglalkozás

* Kérjük, feltétlen adja meg e-mail címét, hogy az Önt érintő fontos információkat minél előbb megkaphassa.

Kérem a honoráriumot az alábbi bankszámlaszámra utalni:

Bank neve

Bankszámlaszám

SWIFT kód

Alulírott kijelentem, hogy a Dr. Rath Egészségsvövetség tagja szeretnék lenni. A tagsági felvételhez szükséges „Celluláris Medicina alapképzés”-t elvégeztem. A tagság ingyenes, és általam bármikor, indoklás nélkül felmondható. A felmondás a bejelentést követő hónap végétől számított 30 napon belül érvénybe lép.

A Dr. Rath Egészségsvövetség alapelveit és céljait megismertem, a Dr. Rath Egészségsvövetség 2010.01.01-től érvényes hivatalos irányelveit megkaptam, és azokkal egyetértek.

Beleegyezem, hogy a tanácsadóm a rendeléssel kapcsolatos információkhoz hozzájuthasson (rendelési idő és érték). Ez lehetővé teszi számára, hogy honoráriumának elszámolását követhesse.

Választott tanácsadó adatai:

Név

Ügyfélszám

Választott tanácsadó aláírása

Helység, dátum

Kérelmező aláírása

Csak a hiánytalanul kitöltött nyomtatványokat tudjuk elfogadni. Kérjük, szíveskedjen valamennyi adatváltozást azonnal jelezni, hogy honoráriumának elszámolását és kifizetését teljesíteni tudjuk. Kérjük, őrizze meg a kérelem másolatát és az Irányelveket.