

DEMANDE D'ADHESION EN TANT QUE CONSEILLER

à l'Alliance du Dr Rath pour la Santé

Coordonnées du demandeur :

A compléter en lettres majuscules !

Nom, Prénom :

Rue, Numéro :

Code postal, Ville :

Pays :

Date de naissance :

Tél. :

Fax :

E-Mail* :

Profession/activité :

* Il est très important de nous communiquer une adresse Email, car à l'avenir nous allons envoyer les relevés d'honoraires par voie électronique. Veuillez nous donner s'il vous plait une adresse Email grâce à laquelle nous pouvons toujours vous joindre.

Je souhaite que le versement de mes honoraires soit effectué sur le compte bancaire suivant :

Banque :

Code d'identification de la banque :

N° compte (N° IBAN) :

Code Bic / Swift :

Par la présente, je demande à adhérer à l'Alliance du Dr Rath pour la Santé. J'ai participé au "Cours de base en Médecine Cellulaire", formation indispensable pour devenir membre actif. L'adhésion est gratuite et je peux, à tout moment, la résilier sans évoquer de motif. Un préavis de 30 jours avant une fin de mois est cependant requis.

Les concepts et les objectifs de l'Alliance du Dr Rath pour la Santé m'ont été exposés en détails. J'ai pris connaissance des directives de l'Alliance du Dr Rath pour la Santé (Etat au 01 / 01 / 2010) et j'en accepte les conditions.

Je donne mon accord pour que le conseiller, qui me parraine, reçoive des données relatives à mes commandes (date et montant de celles-ci), afin qu'il puisse vérifier ses honoraires.

Coordonnées du conseiller :

Nom, Prénom :

Numéro de membre

Signature du conseiller

Lieu, Date

Signature du demandeur

Seules, les demandes dûment complétées pourront être traitées. Veuillez nous communiquer, le plus rapidement possible, toute éventuelle modification concernant vos coordonnées, afin que vous puissiez, par exemple, recevoir sans problème votre relevé d'honoraires et que nous puissions en effectuer le paiement. Veuillez conserver une copie de cette demande, de même que les directives concernant l'adhésion à l'Alliance du Dr Rath pour la Santé.