

# AANVRAAG VOOR CONSULENTEN LIDMAATSCHAP

van de Dr. Rath Gezondheidsalliantie

Persoonlijke gegevens aanvrager:

IN BLOKLETTERS INVULLEN A.U.B

Naam, Dhr./Mevr.:	Voornaam
Adres:	Postcode:
Plaats:	Geb. datum:
Tel. Nr.:	Fax. Nr.:
E-Mail*:	Beroep/ Activiteit:

\* Het is belangrijk om uw emailadres in te vullen omdat wij het overzicht van de commissieafrekeningen elektronisch zullen versturen. Vul a.u.b. het emailadres in waarnaar wij dit overzicht kunnen versturen.

## Mijn commissie kunt u overmaken op de volgende rekening:

Bank:	Rek-nr.:
Giro:	

Hiermee vraag ik het lidmaatschap aan van de Dr. Rath Gezondheidsalliantie. Ik heb de Basis cursus Cellulaire Geneeskunde succesvol afgerond. Het lidmaatschap is kosteloos en kan door mij worden beëindigd zonder opgave van reden, met een opzegtermijn van 30 dagen, aan het einde van iedere maand.

Mijn consulent heeft mij uitgebreid uitleg gegeven over de uitgangspunten en het doel van de Dr. Rath Gezondheidsalliantie. Ik heb de richtlijnen van de Dr. Rath Gezondheidsalliantie (m.i.v. 01. januari 2010) ontvangen en ga daarmee akkoord.

Ik ga er mee akkoord dat mijn consulent informatie over mijn bestellingen (besteldatum en bedrag) ontvangt. Dit maakt het hem/haar mogelijk de afrekening van commissieloon te verifiëren.

### Gegevens van de betreffende consulent:

Naam, Dhr./Mevr.:

Consulentnummer

Handtekening van de betreffende consulent

Plaats, datum

handtekening aanvrager

Alleen volledig ingevulde formulieren kunnen in behandeling worden genomen. Geef wijzigingen van persoonlijke gegevens zo snel mogelijk schriftelijk door om problemen met onder andere afrekening en uitbetaling van commissieloon te voorkomen. Wij verzoeken vriendelijk om een kopie van deze aanvraag en een exemplaar van de richtlijnen voor leden te bewaren.