

# WNIOSEK O CZŁONKOSTWO JAKO KONSULTANT

## w Koalicji Dr. Ratha w Obronie Zdrowia

Dane osoby składającej wniosek:

PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI!

Nazwisko, Imię

Ulica, Numer

Kod pocztowy, Miejscowość

Kraj

Data urodzenia

Telefon

Faks

E-mail\*

Zawód/Działalność

\* ważne jest podanie adresu e-mail, ponieważ rozliczenia wynagrodzeń przekazywane będą w przyszłości drogą elektroniczną. Prosimy o podanie adresu e-mail, na który możemy kierować do Państwa wiadomości.

**Proszę przesłać należne wynagrodzenie na poniższe konto:**

Bank

Numer rozliczeniowy jednostki organizacyjnej banku

Numer konta

BIC/SWIFT

IBAN

Niniejszym składam wniosek o członkostwo w Koalicji Dr Ratha w Obronie Zdrowia. Informuję, że ukończyłem Kurs Podstawowy Medycyny Komórkowej, wymagany w przypadku aktywnego członkostwa. Przynależność do organizacji jest bezpłatna i może zostać zakończona bez podania przyczyny w ciągu 30 dni po zakończeniu danego miesiąca.

Informuję, że otrzymałem szczegółowe informacje odnośnie zasad i celów przyjętych przez Koalicję i akceptuję zasady działalności dla członków Koalicji Dr Ratha w Obronie Zdrowia (z dnia 1 stycznia 2010 r.).

Wyrażam zgodę na przekazywanie danych dotyczących mojego zamówienia (data i suma) mojemu bezpośredniemu konsultantowi. Umożliwi to kontrolę rozliczania wynagrodzenia.

**Dane konsultanta – osoby wprowadzającej:**

Nazwisko, Imię

Numer konsultanta

Podpis konsultanta

Miejscowość, data

Podpis osoby składającej wniosek

Prosimy Państwa o zrozumienie, ale opracowane zostaną tylko całkowicie wypełnione wnioski. Jednocześnie prosimy o możliwie szybkie przekazywanie nam wszelkich zmian dotyczących danych osobowych w celu zapewnienia regularnych rozliczeń i wypłat wynagrodzeń. Prosimy o zachowanie kopii niniejszego wniosku.