

# ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT ALS BERATER

## in der Dr. Rath Gesundheits-Allianz

Persönliche Angaben des Antragstellers:

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Land

Geb. Datum

Telefon

Telefax

E-Mail\*

Beruf/Tätigkeit

\* Die Angabe einer E-Mail-Adresse ist wichtig, da wir die Honorarabrechnungen in Zukunft elektronisch verschicken werden. Bitte geben Sie uns eine E-Mail-Adresse an, über die wir Sie verlässlich erreichen können.

### Bitte überweisen Sie meine Honorare auf folgendes Konto:

Bank

BLZ

Konto-Nummer

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft in der Dr. Rath Gesundheits-Allianz. Den zur Mitgliedschaft erforderlichen „Grundkurs Zellular Medizin“ habe ich absolviert. Die Mitgliedschaft ist kostenlos und kann von mir jederzeit mit einer Frist von 30 Tagen zum Monatsende – ohne Angabe von Gründen – beendet werden.

Eine ausführliche Einführung über die Grundlagen und Ziele der Dr. Rath Gesundheits-Allianz habe ich erhalten. Ich habe die Richtlinien der Dr. Rath Gesundheits-Allianz (Stand 01. 01. 2010) erhalten und bin damit einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass der mich betreuende Berater Informationen über meine Bestellungen (Bestelldatum und -wert) erhält. Dies ermöglicht ihr/ihm eine Kontrolle ihrer/seiner Honorarabrechnung.

### Angaben des betreuenden Beraters:

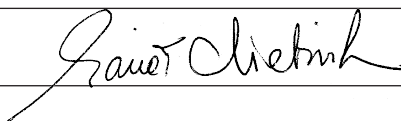
DIETRICH, Rainer, Lindenstrasse 38, 84130 Dingolfing - Germany

Name, Vorname

36843

Mitgliedsnummer

Unterschrift des betreuenden Beraters



Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nur vollständig ausgefüllte Anträge bearbeitet werden können. Bitte reichen Sie alle Änderungen, die Ihre persönlichen Daten betreffen, möglichst rasch bei uns ein, um z. B. eine reibungslose Abrechnung und Auszahlung Ihrer Honoraransprüche zu gewährleisten. Für Ihre persönlichen Unterlagen behalten Sie bitte eine Kopie dieses Antrages, inkl. der Richtlinien.