

MODULO PER DOMANDA D'ISCRIZIONE

all'Alleanza Dr. Rath per la Salute

Dati personali del richiedente:

Scrivere a stampatello

Cognome e nome:	
Indirizzo e nr. civico:	CAP e Località:
Nazione:	Luogo e data di nascita:
Tel./cell.:	Fax:
E-mail:	Professione/attività:

* È richiesta l'indicazione del proprio indirizzo e-mail per ricevere notizie e aggiornamenti riguardanti il Programma vitaminico del dr. Rath, newsletter e informazioni sulle attività riservate agli Iscritti, e sulla programmazione degli eventi in Italia.

Con la presente domanda chiedo di essere iscritto/a all'Alleanza dr. Rath per la Salute, essendo in possesso delle conoscenze di base sul ruolo dei micronutrienti necessari per il mantenimento in salute.

Dichiaro di essere stato informato sul fatto che:

- L'adesione all'Alleanza è **completamente gratuita**, e nulla è dovuto per mantenere attivo il codice identificativo. Si può recedere dall'iscrizione in qualsiasi momento e senza obbligo di specificarne il motivo.
- L'iscrizione all'Alleanza comporta una serie di privilegi indicati nelle Linee Guide per gli associati (o per i consulenti dell'Alleanza dr. Rath per la salute) in vigore dal 2013, tra cui il vantaggio di accedere al nostro Programma nutrizionale con lo speciale **sconto riservato agli iscritti**.

Dichiaro inoltre di essere al corrente dei principi e degli obiettivi perseguiti dall'Alleanza dr. Rath per la Salute, e di esserne concorde accettandone le regole.

Generalità del Consulente di riferimento

Cognome e nome:

Nr. codice identificativo:

Firma del Consulente di riferimento:

La sottoscrizione del presente modulo vale anche come espressione del consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (Testo Unico sulla Privacy).

Luogo e data,

Firma del richiedente

N.B.: Si avverte il richiedente che saranno accettate solo le richieste compilate in tutte le loro parti. In caso di cambiamenti dei dati qui indicati (indirizzo, cell., e-mail, ecc.), è necessario comunicarli per iscritto. Una copia di questa domanda, comprensiva delle Linee guide (ove richieste), deve restare in possesso del richiedente.

Dr. Rath Health Programs B.V. | Postbus 657 | NL - 6400 AR Heerlen | Tel: 0031 – 457 111 113

Per consulenza gratuita in Italia:

Compilare, firmare ed inviare la domanda a:

oppure al nr. di fax