

Einverständniserklärung zur Teilnahme am mJ-1 Prämienprogramm



Einfach ausfüllen und zurückschicken.

medi GmbH & Co. KG
Medicusstraße 1
95448 Bayreuth
Germany
T +49 921 912-1260
F +49 921 912-8260
g.schier@medi.de
www.medi.de

Ich bin damit einverstanden, dass mein Team am mJ-1 Prämienprogramm teilnimmt.

Bitte lesbar und in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name des Fachhändlers

medi Handelsvertretung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon Faxnummer

medi Kundennummer

Datum, Unterschrift

Herr / Frau Titel Vorname Nachname Funktion

Herr / Frau Titel Vorname Nachname Funktion

Herr / Frau Titel Vorname Nachname Funktion

Herr / Frau Titel Vorname Nachname Funktion

Herr / Frau Titel Vorname Nachname Funktion

Was Sie sonst noch wissen sollten:

- Durch die Anmeldung entstehen keine Verpflichtungen.
- Die Teilnahme ist kostenlos.

Stempel, Unterschrift (Geschäftsführer, Vorgesetzter)

medi. ich fühl mich besser.

Prüfen Sie Ihre Daten, damit wir Sie korrekt ansprechen können.

Bitte senden Sie die Aktualisierung per Post oder per Fax an Gabi Schier (Kontakt Daten siehe Adressfeld rechts unten).

Falls sich Ihre Adressdaten geändert haben, füllen Sie bitte für sich beziehungsweise für Ihre Mitarbeiter die nachfolgende Datenaktualisierung aus.

Vielen Dank.

Bitte wählen Sie

- Anmeldung neuer Mitarbeiter / zusätzlicher Teilnehmer
- Abmeldung von Teilnehmern
- Namensänderung, z. B. aufgrund von Heirat oder fehlerhafter Schreibweise
- Wechsel der Filiale, z. B. neue Adressdaten

Persönliche Daten

Vorname

Nachname

Nachname (neu)*

Adresse Fachhandel

medi Kundennummer

Name Fachhandel

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Adressdaten

medi GmbH & Co. KG
Gabi Schier
Medicusstraße 1
95448 Bayreuth
Germany
T +49 921 912-1260
F +49 921 912-8260
g.schier@medi.de
www.medi.de

Ort, Datum

Unterschrift (Geschäftsführer, Vorgesetzter)

* Bitte nur bei Namensänderung (z. B. aufgrund von Heirat oder fehlerhafter Schreibweise) ausfüllen.