



Formulaire d'inscription pour Conseillers

Je consens par la présente à m'inscrire au Programme de Certification pour devenir
Conseiller(e) Metabolic Balance® :

Profession			
Qualification / Champ d'expertise			
Prénom, Nom			
Date de naissance		<input type="checkbox"/> ♂ Homme	<input type="checkbox"/> ♀ Femme
Ville, Code Postal			
<input type="checkbox"/> Adresse civique (Professionnelle si disponible)			
<input type="checkbox"/> Fixe / Portable (Professionnel)			
<input type="checkbox"/> Fax			
<input checked="" type="checkbox"/> Email			
<input type="checkbox"/> Site Internet			
Référé par (Nom)			
Numéro de licence professionnelle # (si disponible)			
Méthode de Formation	Formation en ligne + atelier pratique en visioconférence		
<input type="checkbox"/> Votre en-tête sur les plans de nutrition Metabolic Balance (tel qu'il apparaîtra sur les plans de vos clients. Par ex. : votre titre + nom, votre profession, vos coordonnées et votre site internet, sur 4 lignes max.)			
Je compte proposer à mes clients	Consultations <input type="checkbox"/> individuelles et / ou <input type="checkbox"/> en groupe		
<input type="checkbox"/> Newsletter (quand disponible)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> oui, par	<input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Email

Je consens par la présente à ce que mes informations apparaissent sur le site internet de Metabolic Balance pour que les clients potentiels puissent me trouver. oui non

Lieu / Date

Signature