

Formularz zgłoszeniowy na Konsultanta Programu Odchudzania Cambridge

1. Formularz należy wypełnić czytelnie, podpisać i opatrzyć bieżącą datą.
2. Formularze niekompletne (pominięte pytania) nie będą brane pod uwagę.
3. Dołączenie aktualnego zdjęcia paszportowego jest obowiązkowe; formularze bez zdjęcia nie będą brane pod uwagę.
4. Jeśli prowadzisz działalność gospodarczą (i planujesz w jej ramach prowadzić sprzedaż produktów Programu Odchudzania Cambridge), dołącz do formularza następujące kopie:
 - wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
 - nadanie numeru REGON,
 - nadanie numeru NIP.

Pytania prosimy kierować:

1. Drogą mailową: konsultant@dieta-cambridge.pl lub
2. Telefoniczną na numer: (22) 859 03 06.

Formularz wraz z dołączonym zdjęciem (oraz dokumentami) prosimy przesłać na adres:

Hol-Trade Sp. z o.o.
ul. Belgradzka 4
02-793 Warszawa

z dopiskiem FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DANE OSOBOWE KANDYDATA

Imię:

Nazwisko:

Data urodzenia:

Nr dowodu osobistego:

PESEL:

Adres zamieszkania:

ul. kod

miasto województwo

Adres korespondencyjny:

ul. kod

miasto województwo

Adres do wysyłki produktów Cambridge:

ul. kod

miasto województwo

Telefon stacjonarny:

Telefon komórkowy:

Telefon do podawania klientom:

Adres e-mail:

Strona www:

Wykształcenie:

Zawód wykonywany*:

* specjalizacja (dot. lekarzy):

Konsultacje będę przeprowadzał w:

w swoim domu w lokalu usługowym w domu klienta

W których dzielnicach/okolicach miasta będziesz konsultować?

.....
.....
.....

Rodzaj zatrudnienia:

- Na pełnym etacie – stanowisko, firma
- Na pół etatu – stanowisko, firma
- Na bezrobociu – od kiedy
- Na rencie – od kiedy
- Na emeryturze – od kiedy
- Działalność gospodarcza*

* Opisz rodzaj wykonywanej działalności, zakres obowiązków, ilość poświęconego czasu, etc.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czy współpracowałeś/-aś z inną firmą oferującą programy i produkty odchudzające?

- TAK NIE

Jeśli zaznaczyłeś/-aś **TAK**, podaj:

Nazwa firmy:

Długość trwania współpracy:

Data ustania współpracy:

Powody ustania współpracy:

.....

Czy kiedykolwiek stosowałeś/-aś Program i produkty Programu Odchudzania Cambridge (wcześniej znane pod nazwą dieta Cambridge) lub jakąkolwiek inną dietę odchudzającą?

- TAK NIE

Jeśli zaznaczyłeś/-aś **TAK**, podaj:

Nazwa stosowanej diety:

Okres stosowania diety:

Liczba zrzuconych kilogramów:

Obecna waga: Obecne BMI: Wzrost:

Podaj dane Konsultantów, którzy nadzorowali stosowanie przez Ciebie Programu i produktów Programu Odchudzania Cambridge:

Imię i nazwisko :

Miasto, województwo:

Jak oceniasz pracę swojego Konsultanta:

.....

.....

Chcę zostać konsultantem Programu Odchudzania Cambridge, ponieważ...

- interesuję się szeroko pojętym tematem dbania o zdrowie i wygląd zewnętrzny.
- zachęciło mnie do tego odchudzanie się z Programem Odchudzania Cambridge.
- poszukuję pracy, która daje dużo swobody (chciał[a]bym założyć działalność gospodarczą).
- chciał(a)bym zwiększyć moje dochody (mam inne zobowiązania zawodowe).
- inne:

Posiadam komputer oraz regularny dostęp do Internetu:

- TAK NIE

Mój stopień biegłości obsługi komputera jest:

- podstawowy średnio zaawansowany zaawansowany

Praca Konsultanta Programu Odchudzania Cambridge

A. Jakie masz doświadczenie w kontaktach z ludźmi/klientami?

.....
.....
.....
.....
.....

B. Jaki zakres usług powinien świadczyć Konsultant Programu Odchudzania Cambridge?

.....
.....
.....
.....
.....

C. Co będzie dla Ciebie największym wyzwaniem w pracy Konsultanta Programu Odchudzenia Cambridge?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

D. Jak zamierzasz pozyskiwać nowych klientów?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Oświadczenie

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje w formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe. Przyjmuję do wiadomości, że podanie fałszywych danych może spowodować odrzucenie kandydatury lub rozwiązanie umowy po przejściu procesu kwalifikacyjnego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w niniejszym formularzu dla potrzeb ustalenia listy potencjalnych konsultantów firmy Hol – Trade Sp. z o.o. oraz przyjmuję do wiadomości, że mam prawo dostępu do treści moich danych oraz możliwości ich poprawienia, zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 133, poz. 833 z póź. zm).

Data:

Podpis: