

Formularz zgłoszeniowy na Konsultanta

Programu Odchudzenia Cambridge

- Formularz należy wypełnić czytelnie, podpisać i opatrzyć bieżącą datą.
- Nie wolno pominąć żadnego pytania. Formularze niekompletne nie będą brane pod uwagę.
- Dołączenie AKTUALNEGO zdjęcia paszportowego jest obowiązkowe. Formularze bez zdjęcia nie będą brane pod uwagę.

Pytania prosimy kierować:

- na adres mailowy: konsultant@dieta-cambridge.pl lub
- pod numerem telefonu (022) 380-48-88.

Formularz wraz z dołączonym zdjęciem prosimy przestać 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

ul. kod

miasto województwo

Adres korespondencyjny

ul. kod

miasto województwo

Adres przechowywania produktów Cambridge

ul. kod

miasto województwo

Telefon stacjonarny:

Telefon komórkowy:

Telefon do podawania potencjalnym klientom:

Adres e-mail:

Strona www:

Wykształcenie:

Zawód wykonywany*:

* specjalizacja (dot. lekarzy):

Proszę zaznaczyć, możliwy jest wybór więcej niż jednej opcji:

Konsultacje w domu konsultanta Konsultacje w domu klienta

Konsultacje w lokalu usługowym

W których dzielnicach miasta będzie Pan/-i konsultować?

.....

1. ZATRUDNIENIE

1.1. Sytuacja zawodowa

- Na pełnym etacie
- Na pół etatu
- Na bezrobociu
- Działalność gospodarcza*
- Na rencie
- Na emeryturze

* Czy działalność gospodarcza jest kontynuowana? W jakiej branży? Czym się Pan/-i dokładnie zajmuje/zajmował/-a?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.2. Rodzaj pracy/Stnowisko:

1.3. Ile godzin pracuje Pan/-i w tygodniu:

2. ZAINTERESOWANIA

2.1. Proszę opisać czym zajmuje się Pan/-i w wolnym czasie (hobby)?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

5.8. Co będzie dla Pana/-i największym wyzwaniem w pracy Konsultanta Programu Odchudzenia Cambridge?

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

5.9. Jakie ma Pan/-i doświadczenie w kontaktach z ludźmi/klientami?

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

5.10. Czy posiada Pan/-i komputer?

- TAK NIE

5.11. Jaki jest Pan/-i stopień biegłości obsługi komputera?

- podstawowy średnio zaawansowany zaawansowany

5.12. Gdzie zamierza Pan/-i przeprowadzać konsultacje?

- U siebie w domu
- W lokalu usługowym
- U klienta w domu

Proszę o podanie szczegółów:

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

6.5. Ile litrów bezkalorycznych płynów należy przyjmować dziennie stosując Program 2 (810 kcal)?

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

6.6. Wymień przynajmniej dwa efekty uboczne, które mogą pojawić się podczas stosowania Programu 2 (810 kcal) i podaj jak im zaradzić?

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

6.7. Dla kogo będzie odpowiedni Program 3 (1000kcal). Proszę podać przynajmniej dwa przykłady.

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

6.8. Ile produktów Programu Odchudzania Cambridge należy spożywać dziennie podczas stosowania Programu 5 (1500 kcal)? 1 2 3

6.9. Ile czasu można stosować Program 5 (1500 kcal)?

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

7. TWÓJ KONSULTANT

7.1. Proszę podać dane Konsultantów, którzy nadzorowali stosowanie przez Pana/-ią programów i produktów Programu Odchudzania Cambridge:

Imię i nazwisko (1):

Miasto (1):

Jak oceniasz pracę swojego Konsultanta (1):

.....

.....

.....

.....

Imię i nazwisko (2):

Miasto (2):

Jak oceniasz pracę swojego Konsultanta (2):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. 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 i podpis