

... erfolgsorientierte Partnerschaft!



Rückantwort / Anmeldung:

Bitte schicken oder faxen bis spätestens 19.3.2014 an:

**GenoGyn Rheinland
Classen-Kappelman-Str. 24
50931 Köln**

Fax: 0221 / 94 05 05 391

Neubewertung der Hormontherapie in den Wechseljahren

Termin: Mittwoch, 26. März 2014, um 16.00 Uhr

**Referenten: Prof. Dr. rer. hum. biol. Cordian Beyer (Aachen)
Prof. Dr. med. Dipl. Psych. J. Matthias Wenderlein (Ulm)**

**Ort: Seminarraum des Labors Dres. Wisplinghoff und Kollegen
Classen-Kappelman-Str. 24 , 50931 Köln-Lindenthal**

☐

Ich bin Mitglied der GenoGyn Rheinland.*

EUR 25.- / Teilnehmer

☐

Ich bin nicht Mitglied.*

EUR 50.- / Teilnehmer

☐

Ich/Wir nehme/n zu _____ Person/en teil.*

☐

Ich benötige eine Anfahrtsskizze.*

*Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Als Serviceleistung wird die Kostenbeteiligung per Bankeinzug erhoben.

.....
SEPA-Lastschriftmandat (CI: DE61ZZZ00000540713)

Hiermit bevollmächtige ich,

.....
(Name, Vorname, Telefon – bitte DRUCKBUCHSTABEN verwenden!)

die GenoGyn Rheinland, die von mir zu entrichtende Zahlung zu Lasten meines Kontos:

Kreditinstitut: IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

einziehen. Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum,
die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.
Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum: Unterschrift:

Stempel