

**... erfolgsorientierte Partnerschaft!**



## Rückantwort / Anmeldung:

**Bitte schicken oder faxen bis spätestens 31.1.2014 an:**

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

**Fax: 0221 / 94 05 05 391**

## Intensivtraining "Kommunikation" für MFA

**Termin: Samstag, 8. Februar 2014, von 9.00 bis 15.00 Uhr**

**Trainer: Dietmar Karweina (Overath)  
"Den Praxisalltag leichter meistern"**

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

Ich bin Mitglied der GenoGyn Rheinland\* EUR 75.- / Teilnehmer

Ich bin nicht Mitglied\* EUR 100.- / Teilnehmer

**Ich melde \_\_\_\_\_ MFA meiner Praxis an.**

Sie benötig(t)en 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