



MMP

MEDICAL MANAGEMENT PARTNER

Anmeldung

Workshop - Primärprävention gegen pekuniäre Dysfunktion

Ort	Classen-Kappelmann-Str. 24, 50931 Köln (in den Räumen Laboratoriumsmedizin Dres. med. Wisplinghoff und Kollegen)
Zeit	09.30 Uhr – ca. 15.30 Uhr
Datum	Samstag, den 25. Mai 2013
Teilnehmer	bis zu 15 Praxisinhaber
Investition	300,- € pro Teilnehmer, reduziert: 200,- € GenoGyn-Mitglieder

Ich melde verbindlich folgende Personen zum Workshop an:

1. _____
2. _____
3. _____

Praxis _____

Adresse _____

Tel. Nr. _____ Fax Nr. _____

E Mail _____

Homepage www. _____

Einzugsermächtigung

Hiermit bevollmächtige ich

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

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

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

einziehen. Gleichzeitig ermächtige ich die o.g. Bank, mein Konto mit dem angeforderten Betrag zu belasten. Für entsprechende Deckung werde ich sorgen.

Ort, Datum _____

Unterschrift/Praxisstempel _____