

Rückantwort / Anmeldung:

Bitte schicken oder faxen bis spätestens 15.5.2013 an:

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

Fax: 0221 / 94 05 05 391

Notfalltraining für Praxisteams

Termin: Mittwoch, 22. Mai 2013, um 16.00 Uhr

**Dozenten: Michael Poppe
sowie zwei weitere Dozenten von TEAM IMPULS (Heiligenhaus)**

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

- Ich bin Mitglied der GenoGyn Rheinland* **EUR 75.- / Person**
- Ich bin nicht Mitglied* **EUR 150.- / Person**
- Ich/wir nehme/n zu _____ Personen teil.
- Ich benötige eine Anfahrtsskizze*

*Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Einzugsermächtigung

Hiermit bevollmächtige ich

.....
(Name, Vorname, Anschrift, Telefon -bitte DRUCKBUCHSTABEN verwenden!)

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

Konto-Nr.: _____

Bankleitzahl: _____

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

Datum

Stempel / Unterschrift