

... erfolgsorientierte Partnerschaft!



Rückantwort / Anmeldung:

Bitte schicken oder faxen bis spätestens 7.3.2014 an:

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

Fax: 0221 / 94 05 05 391

Notfalltraining für Praxisteams

Termin: **Freitag, 14. März 2014, um 16.00 Uhr**

Trainer: **Michael Poppe
sowie 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.- / Teilnehmer
- Ich bin nicht Mitglied.* EUR 150.- / 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