

*... erfolgsorientierte Partnerschaft!*



## Rückantwort / Anmeldung:

**Bitte schicken oder faxen bis spätestens 19.11.2011 an:**

GenoGyn Rheinland  
Classen-Kappelmann-Str. 24  
50931 Köln

Fax: 0221 / 94 05 05 391

**GynPLUS – Private Leistungen in der frauenärztlichen Kassenpraxis**

## 2. IGeL-Forum in Köln

Termin: **Samstag, 26. November 2011, von 9.00 bis 17.00 Uhr**

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

- |                          |   |           |               |
|--------------------------|---|-----------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Ich bin Mitglied der GenoGyn Rheinland    | EUR 125.- |               |
| <input type="checkbox"/> | Ich bin nicht Mitglied                    | EUR 250.- |               |
| <input type="checkbox"/> | Ich bringe meine Mitarbeiterinnen mit, je | EUR 100.- | Anzahl: ..... |
| <input type="checkbox"/> | Ich benötige eine Anfahrtsskizze          |           |               |

Anzahl aller Personen, die von meiner Praxis am Mittagssnack teilnehmen: .....

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## 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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel