

**... erfolgsorientierte Partnerschaft!**



## **Rückantwort / Anmeldung:**

**Bitte schicken oder faxen bis spätestens 24.1.2012 an:**

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

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

## **Seminar GynGOÄ**

**Termin: Mittwoch, den 1. Februar 2012, 16.00 Uhr**

**Referenten: Dr. W. Dieter Fiessler  
Dr. Bernhard Stölzle**

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

- |                          |                                               |                  |
|--------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Ich bin Mitglied der GenoGyn Rheinland</b> | <b>EUR 50.-</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Ich bin nicht Mitglied</b>                 | <b>EUR 100.-</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>Ich benötige eine Anfahrtsskizze</b>       |                  |

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