

*... erfolgsorientierte Partnerschaft!*



## Rückantwort / Anmeldung:

**Bitte schicken oder faxen bis spätestens 12.10.2012 an:**

GenoGyn Rheinland  
Classen-Kappelmann-Str. 24  
50931 Köln

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

## Erlebniskochen mit Prof. Dr. Bernd Kleine-Gunk

Termin: **Freitag, 19. Oktober 2012, um 18.30 Uhr**

Ort: **Marien-Eck , Marienstr. 1c , 50825 Köln-Ehrenfeld**

Kosten: **Erlebniskochen & Weinschmecken 140,00 Euro pro Person**

Ich möchte zu ..... Person(en) teilnehmen.

---

## 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