

## Rückantwort / Anmeldung:

**Bitte schicken oder faxen bis spätestens 16.10.2013 an:**

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

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

## Notfalltraining für Praxisteams

Termin: **Mittwoch, 23. Oktober 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-Kappelmann-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 \_\_\_\_\_ Personen teil.
- Ich benötige eine Anfahrtsskizze\*

\*Bitte Zutreffendes ankreuzen!

---

## Einzugsermächtigung

Hiermit bevollmächtige ich

.....  
**(Name, Vorname, 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