

Antwort

MedWell Gesundheits-AG
Aachener Str. 300
50933 Köln

Fax: 0221 578-5389

Absender:

.....
Vorname, Name

.....
PLZ/Ort

.....
Fachrichtung

HypoVereinsbank Seminarangebot 2008

Ich bin an folgendem/n Seminar/en interessiert und melde mich verbindlich an für:

Modul 1

.....
Ort/Datum

Modul 2

.....
Ort/Datum

Modul 3

.....
Ort/Datum

Modul 4

.....
Ort/Datum

Modul 5

.....
Ort/Datum

Modul 6

.....
Ort/Datum

Modul 7

.....
Ort/Datum

**Einzugsermächtigung zur Abbuchung der - für MedWell Partner-Ärzte um 50% reduzierten -
Seminargebühren**

Hiermit ermächtige ich die HypoVereinsbank widerruflich, die von mir zu entrichtende Zahlung in Höhe von 40 EUR durch Lastschrift einzuziehen.

.....
Zahlungspflichtiger

.....
Kontonummer des Zahlungspflichtigen

.....
BLZ

.....
Kreditinstitut

.....
Datum

.....
Unterschrift und Praxisstempel