



DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e. V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum **Neuraltherapie-Praxisseminar – Patientenvorstellung und Injektionstechniken** einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zum Kurs.

An diesem Tag werde ich interessante Patienten aus meiner Praxis bestellen. Sie können auch Ihre Patienten mitbringen. In diesem Fall bitte ich um vorherige Absprache.

Kurstermin: Samstag, 05.05.2018
Kurszeiten: Beginn 09.00 - Ende 17.00 Uhr
Kursort: Praxis Dr. med. Udo Franke, Lindenweg 10, 18069 Sievershagen, Tel. 0381/8099223

Kursleiter: Dr. med. Udo Franke

Kursgebühr: 200,00 €
Aufschlag für Nichtmitglieder 60,00 €
Gasthörer Praxispersonal 80,00 €

Mindestteilnehmerzahl: 12

Falls die Mindestteilnehmerzahl 5 Tage vor Kursbeginn nicht erreicht ist, kann der Kurs abgesagt werden. Ebenso wird 28 Tage vor Kursbeginn die Anmeldung verbindlich. Bei Abmeldung nach diesem Termin werden 20% der Teilnahmegebühr fällig. Bei Absagen ab 5 Tage vor Kursbeginn werden 50% der Teilnahmegebühr fällig!

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular per Post oder Fax an die DGfAN-Geschäftsstelle und überweisen Sie die Kursgebühr unter Angabe des Kurscodes auf das angegebene Konto. Ihre Anmeldung ist verbindlich nach Eingang der Rückmeldung und der Kursgebühren. Auf Wunsch erhalten Sie eine Bestätigung per E-Mail. Weitere Fragen beantworten wir Ihnen gerne unter Telefon 036651/55075 oder über E-Mail: DGfAN@t-online.de.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben
mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Udo Franke
Kursleiter

Anlage: Rückmeldeformular

Fax-Antwort 036651/55074
oder Kopie unterzeichnet im Fensterumschlag senden an:

DGfAN-Geschäftsstelle
Mühlgasse 18b

07356 Bad Lobenstein

ANMELDUNG

(gilt als Rechnung*)

Neuraltherapie-Masterkurs

Praxisseminar – Patientenvorstellung und Injektionstechniken

NT-MK-04 – 05.05.2018

Kennwort: NT-MK-04-Sievershagen

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Neuraltherapie-Masterkurs an:

Name: Vorname:.....

PLZ Wohnort: Straße:.....

Tel. Fax: E-Mail:.....

Praxispersonal – Name.....

Überweisung an	<u>Kursgebühr:</u>	200,00 €
DGfAN	Aufschlag für Nichtmitglieder	60,00 €
Commerzbank Bad Lobenstein	Praxispersonal	80,00 €
IBAN: DE07 8304 0000 0271 2933 00		
BIC: COBADEFFXXX		

erfolgte am in Höhe von €

Mitglied DGfAN: ja**/nein** Arzt/Zahnarzt/Tierarzt**

Die Anmeldung ist verbindlich nach Eingang der Kursgebühren!

Auf Wunsch bestätigen wir die verbindliche Anmeldung per E-Mail.

....., den
Unterschrift/Stempel

Haftungsausschluss:

Eine Haftung wird hiermit nachdrücklich von der DGfAN ausgeschlossen!

* Diese Rechnung gilt als Steuervorlage, das Original bitte zur Vorlage beim Finanzamt aufheben.
Steuer-Nr.: 161/141/24250

** Nichtzutreffendes bitte streichen