



# DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für Ihr Interesse an den Ausbildungskursen zur Neuraltherapie. Hiermit übersenden wir Ihnen die Anmeldeunterlagen und nachfolgende Informationen zum **Neuraltherapie-Masterkurs/Zahnartzkurs – Kinesiologische Störfeldtestung**.

Der Neuraltherapie-Masterkurs/Zahnartzkurs ist in das **9. Leipziger Update Regulationsmedizin** eingebunden. Zusätzlich finden Akupunkturkurse, Neuraltherapie-Grundkurse und Spezialseminare statt. Das gesamte Programm können Sie über die DGfAN-Geschäftsstelle anfordern oder über [www.dgfan.de](http://www.dgfan.de) einsehen.

**Kurstermin/** Sonntag, 27. Januar 2019  
**Kurszeit:** 09.00 – 17.00 Uhr  
**Kursort:** Seaside Park Hotel, Richard-Wagner-Straße 7, 04109 Leipzig, Tel. 0341/98520,  
E-Mail: [info@parkhotelleipzig.de](mailto:info@parkhotelleipzig.de)  
**Kursleiter:** Dr. med. Siddhartha Popat M. A.  
**Kursgebühr:** 200,00 €  
Aufschlag für Nichtmitglieder 60,00 €  
Gasthörer Praxispersonal 80,00 €  
Im Preis inklusive sind die Pausengetränke, Snacks und Obst.

Sie können zu diesem Kurs eine Person von Ihrem Praxispersonal als Gasthörer mitbringen. Für diese zahlen Sie **80,00 €**. Sie kann damit am Kurs teilnehmen, aber ist bei den Übungen nur als „Zuschauer“ zugelassen. Sollten Sie von dieser Sonderregelung Gebrauch machen, vermerken Sie dies bitte auf der Anmeldung und teilen uns bitte auch den Namen mit.

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](mailto:DGfAN@t-online.de).

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Siddhartha Popat M. A.  
Kursleiter  
Anlage: Rückmeldeformular

**Stornierung:** Falls die Mindestteilnehmerzahl 5 Tage vor Kursbeginn nicht erreicht ist, kann der Kurs abgesagt werden. In diesem Falle werden 100 % der Kursgebühren erstattet. Sonstige Stornierungskosten werden nicht übernommen. Ebenso wird 28 Tage vor Kursbeginn Ihre Anmeldung verbindlich. Bei Abmeldung nach diesem Termin werden 20% der Teilnahmegebühr fällig. Bei Absagen 5 Tage vor Kursbeginn werden 50% der Teilnahmegebühr fällig!

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

**DGfAN-Geschäftsstelle**  
**Mühlgasse 18b**

**07356 Bad Lobenstein**

**ANMELDUNG**  
**(gilt als Rechnung\*)**  
**Neuraltherapie-Masterkurs/Zahnartzkurs -**  
**Kinesiologische Störfeldtestung**  
**NT-MK-25/ZAK-24 am 27. Januar 2019**  
**Kennwort: NT-MK-25/ZAK-24-Leipzig**

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Neuraltherapie-Masterkurs/Zahnartzkurs an:

Name: ..... Vorname:.....

PLZ Wohnort: ..... Straße:.....

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

Praxispersonal – Name.....

Überweisung an DGfAN Dt. Apotheker- und Ärztebank IBAN: DE79300606010008369933 BIC: DAAEDEDXXX	<b><u>Kursgebühr:</u></b> 200,00 € Aufschlag für Nichtmitglieder 60,00 € Praxispersonal 80,00 € Kursskript 20,00 €
--	---

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.**

Nach Eingang der Kursgebühren erhalten Sie das Kursskript als PDF-Datei. Sie können sich Ihre Kursunterlagen ausdrucken und zum Kurs mitbringen und/oder die Datei auf Ihren PC laden. Auf Wunsch können Sie auch ein gedrucktes Skript (20,00 €) käuflich erwerben.

**Ich möchte ein gedrucktes Skript kaufen**

....., 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