



# DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum **Neuraltherapie-Masterkurs/Zahnartzkurs: Neuraltherapie bei stomatognathen Störungen (Zahnstörfelder und CMD)** einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zum Kurs.

Der Neuraltherapie-Masterkurs/Zahnartzkurs ist in die **VI. Berliner Fortbildungstage – Akademie am Müggelsee** eingebunden. Zusätzlich finden Akupunkturkurse, ein Neuraltherapie-Praxisseminar, Spezialseminare und weitere Neuraltherapie-Masterkurse statt. Pausenverpflegung wird gewährleistet. Das gesamte Programm können Sie über die DGfAN-Geschäftsstelle anfordern oder über [www.dgfan.de](http://www.dgfan.de) einsehen.

**Kurstermin/** Donnerstag/Freitag, 3./4. Oktober 2019

**Kurszeit:** 09.00 –17.00 Uhr/09.00 – 15.30 Uhr

**Kursort:** Hotel Müggelsee Berlin, Müggelheimer Damm 145, 12559 Berlin-Köpenick,  
Tel. 030/658820, [info@hotel-mueggelsee-berlin.de](mailto:info@hotel-mueggelsee-berlin.de),  
[www.hotel-mueggelsee-berlin.de](http://www.hotel-mueggelsee-berlin.de)

**Kursleiter:** MR Dr. med. Rainer Wander

**Kursgebühr:** 350,00 €

Aufschlag für Nichtmitglieder 100,00 €

Gasthörer Praxispersonal 150,00 €

Im Preis inklusive sind die Pausengetränke, Snacks und Obst.

Sie können zu diesem Kurs eine Person von Ihrem Praxispersonal als Gasthörer mitbringen. Für diese(n) zahlen Sie **150,00 €**. Das Praxispersonal 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

MR Dr. med. Rainer Wander  
Kursleiter

Anlagen: Rückmeldeformular, Hotelinformationen

**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 – Neuraltherapie bei  
stomatognathen Störungen (Zahnstörfelder und CMD)**

**NT-MK-08/ZAK-04 – 3./4. Oktober 2019**

**Kennwort: NT-MK-08/ZAK-04-Berlin**

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: DE79 3006 0601 0008 3699 33 BIC: DAAEDEDXXX	<b><u>Kursgebühr:</u></b> Aufschlag für Nichtmitglieder Praxispersonal Kursskript	350,00 € 100,00 € 150,00 € 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

## **Hotelinformationen:**

Hotel Müggelsee Berlin  
Müggelheimer Damm 145  
12559 Berlin-Köpenick  
Tel. 030/658820  
[info@hotel-mueggelsee-berlin.de](mailto:info@hotel-mueggelsee-berlin.de)  
[www.hotel-mueggelsee-berlin.de](http://www.hotel-mueggelsee-berlin.de)

## **Hotelbuchung unter Angabe: DGfAN**

Bitte kommunizieren Sie dieses Buchungswort im Vorfeld an die Tagungsstätte, da dieses bei Reservierung genannt werden muss, um den vereinbarten Sonderpreis zu erhalten.

## **Preise:**

- |                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| - als Einzelzimmer/Frühstück | 95,00 EUR pro Zimmer/Nacht  |
| - als Doppelzimmer/Frühstück | 105,00 EUR pro Zimmer/Nacht |

Reservierte Zimmer stehen ab 14.00 Uhr am Anreisetag zur Verfügung und sind am Abreisetag bis 11.00 Uhr freizugeben.

Die genannten Zimmerpreise sind Sonderpreise im Rahmen der DGfAN-Veranstaltungen.

**Zimmerreservierungen: Bitte bis 30. August 2019**