



DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum **Neuraltherapie-Masterkurs-18:**

Neuraltherapie und Anatomie – Sympathische und parasympathische Ganglien Kopf- und Halsbereich – Injektionskurs am anatomischen Präparat

einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zum Kurs.

<u>Kurstermin:</u>	Samstag, 05.06.2021
<u>Kurszeiten:</u>	09.00 bis 17.00 Uhr
<u>Veranstaltungsort:</u>	Universität Rostock , Institut für Anatomie Gertrudenstraße 9, 18057 Rostock
<u>Kursleiter:</u>	Dr. med. Udo Franke
<u>Gastdozent:</u>	Prof. Dr. med. Andreas Wree
<u>Kursgebühr:</u>	
Mitglieder:	200,00 €
Nichtmitglieder:	260,00 €

Der Neuraltherapie-Masterkurs ist eingebunden in die

XX. Warnemünder Woche der DGfAN

Außerdem finden Akupunkturkurse, weitere Neuraltherapiekurse und Spezialseminare statt. Das gesamte Programm können Sie über die DGfAN-Geschäftsstelle anfordern oder über www.dgfan.de einsehen.

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!

Ihre Antwort per Fax 036651/55074, E-Mail info@dgfan.de
oder Kopie unterzeichnet im Fensterumschlag senden an:

DGfAN-Geschäftsstelle
Mühlgasse 18b
07356 Bad Lobenstein

ANMELDUNG

Neuraltherapie und Anatomie – 05. Juni 2021

Kennwort: NT-MK-18-Rostock

Hiermit melde ich mich verbindlich zu o. g. Neuraltherapie-Masterkurs an:

Titel:

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:

Tel. E-Mail:

Kursgebühr:

Mitglieder: 200,00 €
Nichtmitglieder: 260,00 €

Überweisung nach Erhalt der Rechnung an:

DGfAN
Dt. Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE79 3006 0601 0008 3699 33
BIC: DAAEDEDXXX

Mitglied DGfAN*: ja / nein

Arzt / Zahnarzt / Tierarzt*

....., den

.....
Unterschrift/Stempel

Haftungsausschluss:

Eine Haftung wird hiermit nachdrücklich von der DGfAN ausgeschlossen!

* Nichtzutreffendes bitte streichen