



# DGFAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zu folgenden Kursen in der Praxis MR Dr. med. Rainer Wander,  
Friedenstr. 47, 07985 Elsterberg OT Coschütz einladen:

02.10.21 NT-MK-08/ZAK-04 Zahnstörfelder und CMD

03.10.21 SPS-06 Schwermetallausleitung

04.10.21 NT-MK-11 II/ ZAK-23-II Neuraltherapie bei Kopfschmerz und Cervicalsyndrom

05.10.21 NT-MK-06/ ZAK-17 Neuraltherapie bei Schwindel

und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zum Kurs.

**Kurstermine:** s. oben  
**Kurszeiten:** 09.00 bis 17.00 Uhr

**Veranstaltungsort:** Praxis MR Dr. med. Rainer Wander, Friedenstr. 47, 07985  
Elsterberg OT Coschütz

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

**Kursgebühr je Kurs (Tag):**  
Mitglieder: 200,00 €  
Nichtmitglieder: 260,00 €  
Gasthörer Praxispersonal: 80,00 €

Sie können zu diesem Kurs eine Person von Ihrem Praxispersonal als Gasthörer mitbringen. Diese ist aber 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.

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](mailto:info@dgfan.de)  
oder Kopie unterzeichnet im Fensterumschlag senden an:**

*DGfAN-Geschäftsstelle  
Mühlgasse 18b  
07356 Bad Lobenstein*

## **ANMELDUNG**

- O 02.10.21 NT-MK-08/ZAK-04 Zahnstörfelder und CMD\***
- O 03.10.21 SPS-06 Schwermetallausleitung\***
- O 04.10.21 NT-MK-11 II/ ZAK-23-II Neuraltherapie bei Kopfschmerz und Cervicalsyndrom\***
- O 05.10.21 NT-MK-06/ ZAK-17 Neuraltherapie bei Schwindel\***

Hiermit melde ich mich verbindlich zu o. g. Kurs(en) an:

Titel: .....

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

PLZ Wohnort: ..... Straße: .....

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

### **Kursgebühr (je Kurs/Tag):**

Mitglieder:	200,00 €
Nichtmitglieder:	260,00 €
Praxispersonal:	80,00 €
Kursskript	20,00 €

### **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\*

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!**

\* Nichtzutreffendes bitte streichen