



# DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e. V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zu unserem **Neuraltherapie-Masterkurs-05, „Neuraltherapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Urogynäkologie, Urologie, Andrologie“** einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und nachfolgende Informationen zum Kurs.

<b><u>Kurstermin:</u></b>	23.10.2021
<b><u>Kurszeiten:</u></b>	Samstag, 09.00 bis 17.00 Uhr
<b><u>Kursort:</u></b>	Praxis Cornelia Wüst, Hohenzollerndamm 84, 14199 Berlin, Tel.: 030 - 826 20 20, E-Mail: c.rahn-gyn@t-online.de
<b><u>Kursleiter:</u></b>	Cornelia Wüst
<b><u>Kursgebühr:</u></b>	
Mitglieder	200,00 €
Nichtmitglieder	260,00 €
Gasthörer Praxispersonal	80,00 €

Es ist erlaubt, eine Person von Ihrem Praxispersonal als Gasthörer mitzubringen. Bitte beachten Sie, dass der Gasthörer bei den Übungen nur als „Zuschauer“ zugelassen ist. Sollten Sie von dieser Sonderregelung Gebrauch machen, vermerken Sie dies auf der Anmeldung und teilen uns bitte auch den Namen mit.

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular an die DGfAN-Geschäftsstelle.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben  
mit freundlichen Grüßen

Cornelia Wüst  
Kursleiterin

Anlage:  
Anmeldeformular

**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

**Neuraltherapie-Masterkurs:**  
**Neuraltherapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Urogynäkologie,**  
**Urologie, Andrologie**  
**- am 16.10.2021 in Berlin -**  
**Kennwort: NT-MK-05-Berlin**

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

Titel: .....

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

PLZ Wohnort: ..... Straße: .....

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

Praxispersonal – Name .....

### Kursgebühr:

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/Tierarzt\*

Sie erhalten vor Kursbeginn 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