



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-02**, „**Neuraltherapie bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems (HWS, BWS, Thorax und obere Extremität)**“ einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und nachfolgende Informationen zum Kurs.

<u>Kurstermin:</u>	03.-04.12.2021
<u>Kurszeiten:</u>	Freitag, 03.12. / 09:00 bis 17:30 Uhr Samstag, 04.12. / 09:00 bis 16:45 Uhr
<u>Kursort:</u>	Praxis Dr. med. Uwe Günter , Siegfriedstraße 204c, 10365 Berlin Tel.: 030/55 15 47 99, empfang@dr-guenter.de
<u>Kursleiter:</u>	Dr. med. Uwe Günter
<u>Kursgebühr:</u>	
Mitglieder :	340,00 €
Nichtmitglieder :	430,00 €
Gasthörer Praxispersonal :	150,00 €

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

Dr. med. Uwe Günter
Kursleiter

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
oder Kopie unterzeichnet im Fensterumschlag senden an:

DGfAN-Geschäftsstelle
Mühlgasse 18b

07356 Bad Lobenstein

ANMELDUNG

Neuraltherapie-Masterkurs:
Stütz- und Bewegungssystem (HWS, BWS, Thorax und obere Extremität)
- 03.- 04.12.2021 -
Kennwort: NT-MK-02-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	340,00 €
Nichtmitglieder	430,00 €
Praxispersonal	150,00 €

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